ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……..4
ГЛАВА 1.ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ ПРОФИЛАТИКА ВСТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ…….....8
1.1. Общая характеристика ВБИ……...…….....8
1.2. Причины возникновения и распространения ВБИ…….14
1.3. Основные направления и организация профилактики ВБИ…….....18
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕЙРОХИРУГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ……19
2.1. Краткая характеристика ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» ……27
2.2. Анализ показателей работы в НХО за 2013-2015гг……...….30
2.3. Система инфекционного контроля в нейрохирургическом отделении…36
ГЛАВА 3. КОМПЛЕКС ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ…….46
3.1. Анкетирование медицинского персонала……....46
3.2.Рекомендации по совершенствованию знаний о ВБИ в нейрохирургическом отделении…….…….50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……...…….…53
ВЫВОДЫ……...54
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……...57
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…….…59
ПРИЛОЖЕНИЯ…….…62

ВВЕДЕНИЕ

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) в РФ, как и во всем мире, представляют собой актуальную медицинскую и социально-экономическую проблему. Согласно официальной статистике, ВБИ ежегодно поражают 8 % госпитализированных больных, что составляет около 2 млн случаев в год.

Известно более 300 возбудителей, которые могут обусловить возникновение инфекционного процесса у пациентов стационаров или заболевание медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей [1].

Значение внутрибольничной инфекции для здравоохранения определяется тем, что, наслаиваясь на основное заболевание, она утяжеляет состояние больного, удлиняет сроки пребывания в стационаре в среднем на 6—8 дней, является причиной увеличения летальности и смертности.

Помимо понижения качества медицинской помощи населению, ВБИ наносят существенный экономический ущерб, что обусловлено дополнительными затратами из-за увеличения длительности стационарного и амбулаторного лечения, дополнительными расходами лекарственных препаратов [1].

Рост ВБИ в современных условиях обусловлен комплексом следующих основных факторов:

- Создание больших больничных комплексов со своеобразной экологией: высокой плотностью населения, представленного преимущественно ослабленными контингентами (пациентами) и медицинским персоналом. Постоянное и тесное общение больных между собой, замкнутость окружающей среды (палаты для больных, кабинеты для диагностики и лечебных процедур), своеобразие её микрофлоры, представленной преимущественно устойчивыми к антибиотикам штаммами условно-патогенных микроорганизмов.

- Формирование мощного искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекций, обусловленного инвазивными лечебными и диагностическими процедурами. Существенное значение имеет всё более широкое применение сложной техники для диагностики и лечения, требующей особых методов стерилизации.

- Активация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактно-бытового, в условиях тесного общения больных и медицинского персонала в лечебных учреждениях.

- Большое количество источников инфекции в виде пациентов, поступающих в стационар с нераспознанными инфекционными болезнями, а также лиц с ВБИ, осложняющими основное заболевание в стационаре. Важная роль принадлежит медицинскому персоналу (носителям, больным стёртыми формами).

- Широкое, подчас бесконтрольное применение антимикробных препаратов. Не всегда достаточно продуманная стратегия и тактика их назначения для лечения и профилактики заболеваний способствует появлению лекарственной устойчивости микроорганизмов.

- Формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, характеризующихся высокой устойчивостью к лекарственным средствам и неблагоприятным факторам окружающей среды (ультрафиолетовому облучению, высушиванию, действию дезинфицирующих препаратов).

- Увеличение количества групп риска, формируемых пациентами, выхаживаемыми и излечиваемыми благодаря достижениям современной медицины.

- Общее снижение резистентности организма у населения, в силу его эволюционной неподготовленности к стремительно изменяющимся условиям жизни в связи с бурным научно-техническим прогрессом и его теневыми сторонами –загрязнением окружающей среды, экологическим кризисом, изменением условий жизни населения (гиподинамия, стресс,

неблагоприятное воздействие на организм шума, вибрации, магнитных полей и др.).

- Медленная психологическая перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривающих многие ВБИ (пневмонию, пиелонефрит, воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки и др.) как неинфекционную патологию и несвоевременно осуществляющих или вовсе не проводящих необходимые профилактические и противоэпидемические мероприятия [2].

В последнее время замечено повышение численности лиц с разными нарушениями в системе иммунитета; для них ВБИ главная предпосылка к заболеваемости и смертности.

Присоединяющиеся ВБИ перечёркивают старания, потраченные на проведение наитруднейших операций, либо выхаживание новорождённых. Наслаиваясь на основное заболевание, ВБИ влияют на состояние организма: ведут к удлинению сроков исцеления, хронизации процесса, ну а в более тяжёлых вариантах – к смерти больного.

Цель дипломной работы: исследовать систему профилактики внутрибольничных инфекций, проводимой в нейрохирургическом отделении, разработать практические рекомендации для среднего медицинского персонала нейрохирургического отделения, для улучшения знаний по профилактике ВБИ.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить учебную и научную литературу по теме;
2. Проанализировать показатели работы нейрохирургического отделения за 2013-2015гг;
3. Изучить организацию профилактики внутрибольничной инфекции в нейрохирургическом отделении;
4. На основании полученных данных анкетирования, проанализировать уровень теоретической и практической подготовки

медицинских работников нейрохирургического отделения по профилактике ВБИ;

5. Разработать практические рекомендации для среднего медицинского персонала нейрохирургического отделения ГБУЗ АО «Архангельская Областная Клиническая Больница».

Объект исследования: люди, работающие в нейрохирургическом отделении ГБУЗ АО «Архангельская Областная Клиническая Больница».

Предмет: направления работы медицинского персонала для профилактике ВБИ.

Объем и выборки: 25 человек, медицинский персонал, работающий в нейрохирургическом отделении, добровольно согласившиеся участвовать в исследовании.

Гипотеза: своевременная профилактика внутрибольничных инфекций и эффективные мероприятия по оказанию медицинской помощи предотвратят возникновение осложнений в нейрохирургическом отделении.

Научная новизна. Впервые проводится исследование профилактики внутрибольничной инфекции в нейрохирургическом отделении.

Практическая значимость заключается в разработке рекомендаций по совершенствованию знаний медицинского персонала по профилактике внутрибольничной инфекции.

Для получения объективных результатов были использованы следующие методы исследования:

- общетеоретический (изучение учебной и научной литературы, и нормативно-правовой документации);
- статистический (сбор, обработка информации);
- наблюдение;
- аналитический.

Структура дипломной работы: выпускная квалификационная работа содержит введение, три главы, заключение, выводы, практические

рекомендации, список литературы (36 источников) и приложение. Работа представлена на 62 страницах с использованием 13 таблиц и 2 рисунков.

ГЛАВА 1.ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ ПРОФИЛАТИКА ВСТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Общая характеристика ВБИ

На протяжении многого времени к ВБИ относили только заболевания, возникающие в результате заражения в больнице. Именно эта часть ВБИ, конечно, самая заметная и значительная, привлекала в первую очередь внимание общественности и медицинских работников [3].

Сегодня, согласно определению ВОЗ, к ВБИ относят «любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, поражающее больного в результате его поступления в больницу или обращения в неё за лечебной помощью или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания вовремя пребывания в больнице или после выписки».

Из этого определения следует, что в понятие ВБИ входят как заболевания пациентов, получавших медицинскую помощь в стационарах и поликлиниках, медико-санитарных частях, здравпунктах, на дому и т.д., так и случаи инфицирования медицинского персонала в процессе их профессиональной деятельности[16].

ВБИ считаются одним из видов госпитальных зараз, которые включают кроме того и заносы инфекции (заносные инфекции), развивающиеся у больных, поступивших в этот стационар в инкубационном периоде заразной болезни.

Единым аспектом с целью отнесения случаев зараз к ВБИ представляется то, что их формирование связанно с оказанием медицинской помощи [4].

Инфекции, связанные с продолжением или осложнением инфекции, уже имеющихся при поступлении, не считаются внутрибольничными. В то же время возникновение признаков инфекции другой локализации или же

возникновение нового возбудителя в пространстве локализации имеющийся инфекции просит расценивать подобный случай как ВБИ, в случае если есть причины полагать на вероятность внутрибольничного инфицирования.

Случаи инфекции, обнаруженные в сроки, не превосходящие небольшого инкубационного периода, можно расценивать как заносы. Когда этап инкубации малоизвестен, она определяется как внутрибольничная, если спустя 3 суток в последствие поступления в поликлинику и нет убедительных данных в пользу заноса, она все-таки проявляется. В случаях, когда зараза появляется на протяжении 48–72 часа в последствии поступления и при всем этом установлена вероятность внутрибольничного инфицирования, случай имеет возможность расцениваться как ВБИ [15].

Некоторое число внутрибольничных инфекций в нынешних обстоятельствах избежать нельзя. Но оценка ступени риска появления варианта ВБИ (в том числе и если он был очень высоким) не может помешать регистрации инфекции как внутрибольничной, в случае, когда этот вариант удовлетворяет приведенным выше аспектам внутрибольничной инфекции. Например, возникновение нагноения послеоперационной раны у пациента с диагнозом "флегмонозный аппендицит" считается ВБИ, поскольку до поступления в больницу у пациента не было операционной раны: инфекция связана с проведением операции, произошла упомянутая выше смена локализации инфекции [5].

Не стоит, как это на протяжении многого времени было принято в нашей стране, относить к ВБИ исключительно те инфекции, которые ассоциируются с погрешностями медицинского персонала. Содержание эпидемиологического исследования ВБИ содержится не в поиске виноватых, а в установлении беспристрастных причин риска появления ВБИ для исследования и корректировки профилактических и противоэпидемических событий [7].

Распространенность ВБИ не подходит высочайшему уровню становления сообщества и науки, потому нужно поменять возникшую

обстановку в поликлиниках, сначала в хирургических стационарах и родильных домах [8].

Ликвидация ВБИ, образующихся в ЛПУ, и исцеление пораженных ими больных требуют значительного бюджетного финансирования. Наименьший финансовый вред, наносимый ВБИ каждый год в РФ, составляет более 5 млрд. рублей [19].

Статистика утверждает уровень заболеваемости ВБИ, в особенности гнойно-септическими инфекциями (ГСИ), высокий. Примерно при пересчете на всю общественность в более продвинутых странах – в пределах 1% в год, потому данная неувязка задевает не только лишь здравоохранение, да и все население [17].

В структуре ВБИ особое место занимают гнойно-септические инфекции (ГСИ): послеоперационные ГСИ, ГСИ новорожденных, родильниц, постинъекционные инфекции (0,5 на 1000 пациентов). Их доля составляет среди всех ВБИ от 60,0 до 85,0%. Распространенность «классических» нозоформ ВБИ (кишечные инфекции, гепатиты, детские инфекции и др.) значительно меньше. Суммарное число зарегистрированных в РФ традиционных инфекций составляло 3–3,2 млн. случаев, а ГСИ в год - не менее 6 млн. случаев, т.е. в 2 раза больше [11].

Почти не присутствует регистрация внутрибольничного инфицирования гемоинфекции, мочеполовой системы, пневмоний и других инфекций дыхательных путей.

До введения официальной регистрации ВБИ в 1990 г. выборочные исследования были единственным источником информации о распространении этих инфекций. После введения учета ВБИ выборочные исследования позволили вносить коррективы в данные официальной статистики [10].

Согласно данным выборочных исследований, в Российской Федерации ВБИ переносят 6,7% пациентов, т.е. 2–2,5 млн. человек в год, что составляет около 1–1,5% населения стран. В хирургических стационарах по материалам

официальной регистрации частота ВБИ составляет 0,2–0,3%, в то время как по данным специальных исследований – 15–18% [12].

Как следует, зарегистрированный уровень заболеваемости ВБИ в РФ не отображает его настоящего значения.

Вследствие неполной регистрации ВБИ, несвоевременной изоляции нездоровых, нарушения санитарно-противоэпидемического режима, позднего проведения противоэпидемических событий в лечебно-профилактических учреждениях появляются вспышки и массовые болезни [14].

Общеизвестно, что сейчас недостаточно хорошо ведется учет случаев ВБИ. Это обусловлено с одной стороны дефектом внимания к ним, с другой, с жаждой медперсонала не усугублять высококачественные характеристики работы медицинского учреждения и по причине опаски принятия административных наказаний как со стороны санитарной службы, так и Фонда обязательного медицинского страхования. Более беспристрастной предпосылкой неполного учета заболеваемости считается недоступность критериев нормальных определений случаев ВБИ, правильного выбора способов выявления случаев болезни и корректного расчета показателей [13].

Для разработки научно обоснованных мероприятий по борьбе с ВБИ важнейшее значение имеют обнаружение и идентификации возбудителя, их углубленное исследование и установление главных путей передачи их в различных стационарах. А именно, нужно выявление госпитальных штаммов, ответственных за вспышку либо спорадические заболевания, и идентификация выделенных микроорганизмов по эпидемиологическим меткам.

На современном этапе к главным возбудителям ВБИ относится огромное количество различных микроорганизмов: бактерии, вирусы, плесневые и дрожжеподобные грибы, простейшие. Основными возбудителями являются стафилококки–золотистый и эпидермальный (значение последнего растет), кишечная палочка, протеи, энтеробактерии,

стрептококки, пневмококки, респираторные вирусы. Возрастает количество известий об увеличении роли синегнойной палочки и ацинетобактерий в этиологии ВБИ. Возрастает частота госпитальных микозов, вызываемые плесневыми грибами рода Aspergillus и дрожжеподобными грибами Candida[16].

По этиологии ВБИ подразделяют на две группы:

- вызываемые облигатными патогенными микроорганизмами;
- вызываемые условно-патогенными микроорганизмами, в том числе входящими в состав нормальной микрофлоры человека.

К первой группе относят «классические» (традиционные) заразные болезни-детские инфекции (корь, дифтерию, скарлатину, краснуху, паротит и др.), отравления (сальмонеллёз, шигеллёзы и др.), ВГВ, ВГС и прочие заболевания. Их появление в стационаре сможет существенно усложнить течение главного болезни, в особенности в детских больницах и родовспомогательных учреждений. На долю данных болезней приходится приблизительно 15% ВБИ. Появление и распространение в условиях стационаров заразных болезней, вызываемых облигатными патогенными микроорганизмами, обычно, соединено с заносом возбудителя в целительные учреждения либо инфицированием персонала при работе с заразным материалом [36].

Занос патогенных возбудителей в неинфекционный стационар возможно в следующих вариантах:

- при поступлении в стационар нездоровых, оказавшихся в инкубационном периоде заболевания, либо носителей патогенного возбудителя;
- если среди персонала поликлиники есть носители возбудителя;
- от гостей клиник, в особенности во время эпидемий гриппа и прочих ОРВИ, также через передаваемые продукты питания и другие вещи.

Ко 2-й группе относят болезни, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами. Данная категория предполагает совокупность разных по

клиническим проявлениям и этиологии заразных болезней, оказавшихся в причинно-следственной взаимосвязи с лечебно-диагностическим действием. Текстуру данных заболеваний характеризуют гнойно-воспалительные болезни, проявляющиеся локальными воспалительными действиями с нагноением либо в его отсутствие и имеющие предрасположенность к генерализации и развитию сепсиса. Отдельные нозологические формы, входящие в группу гнойно-воспалительных болезней, интегрированы в Интернациональную Международную систематизацию заболеваний в всевозможные рубрики. Список гнойно-воспалительных болезней равен более 80 самостоятельных нозологических форм. Между возбудителями доминируют стафилококки, стрептококки, грамотрицательные бактерии (кишечная палочка, клебсиеллы, протей, серрации и др.) [28].

Вид микробов находится в зависимости от определённых причин: локализации патологического процесса, профиля стационара, состава нездоровых.

- Так, патология мочевыводящих путей обоснована практически только грамотрицательными микробами.
- При инфекциях нижних дыхательных путей преобладают синегнойная палочка и пневмококки при иммунодефицитах (ВИЧ-инфекция), помимо прочего пневмоцисты.
- В акушерских стационарах превалирует грамположительная микрофлора (стафилококки, стрептококки), психиатрических – пищеварительные инфекции (брюшной тиф, шигеллёзы), в гастроэнтерологических –хеликобактериоз, в хирургических отделениях – грамотрицательная микрофлора и стафилококки и т.д.

Многочисленные исследования по ВБИ посвящены стационарам хирургического профиля, где наиболее часто выявлялись стафилококки – 51%, энтеробактерии– 19%, неферментирующие грамотрицательные палочки – 7%, стрептококки – 12%. Активно исследуется в текущее время роль

неспорообразующих анаэробов в этиологии ВБИ, сначалав хирургических стационарах [17].

Подтверждена множественность устройств передачи ВБИ: такие как воздушно-капельный, фекально-оральный, гемоконтактный и контактно-бытовой и все растущая роль артифициального, синтетического, сделанного медициной приспособления передачи, что имеет какую–либо связь с «валом» инвазивных и целительных операций, обрушивающихся на больных [26].

1.2. Причины возникновения и распространения ВБИ

За последнее время были выявлены новые обстоятельства, содействующие подъему заболеваемости ВБИ.

К ним относятся:

- смещение в худшую сторону социально-экономического состояния государства, отрицательно влияющее на качество оказываемой врачебной помощи;
- работа ЛПУ в критериях ограниченного финансирования (недостаток медикаментов, антисептиков, моющих, антисептических средств, мед инвентаря, белья, стерилизационного оборудования); важный подъем количества резистентных к лекарствам последних поколений и дезинфектантам госпитальных штаммов; сложность проведения дезинфекции и стерилизации прогрессивной дорогостоящей врачебной аппаратуры. [19]

Нарушение основополагающего принципа профилактики внутрибольничного инфицирования-разделения «чистых» и зараженных потоков (цикличность наполнения палат больными, деление палат в согласовании с имеющейся патологией у болезненных на «чистые» и «гнойные», порядок обхода палат медицинскими работниками, соблюдение последовательности "незапятнанных" и "гнойных" операций, незапятнанных" и "гнойных" перевязок, отделенных струй перемещения незапятнанного и нечистого белья, еды и отходов) на всех шагах лечебно-диагностического процесса имеет возможность привести передаче возбудителей от больного к

иным пациентам. Не считая такого, смешение данных потоков работает пусковым моментом в формировании госпитального штамма [20].

Одной из причин появления ВБИ являются не соответствующие нормам санитарно-гигиенические условия больниц. Нередко в литературе устанавливается зависимость распространения ВБИ от санитарно-гигиенических режимов, норм, формулируется некоторое количество ведущих санитарно-гигиенических критерий стационаров, которые имеют все шансы воздействовать на распространение ВБИ:

- отмечается зависимость частоты ВБИ и от количества коек в филиалах. Тем более небезопасна переполненность палат и коридоров дополнительными кроватями.
- не всякий раз карантин способен приостановить ВБИ, временами обособленность приводит к обратному эффекту, распространению гриппа, ветряной оспы, фолликулярной ангины;
- отсутствие запасных помещений, в частности для сортировки белья, имеет возможность содействовать распространению ВБИ;
- с последним пунктом плотно взаимосвязана неувязка планировки больничных ансамблей: месторасположение филиалов с большим риском распространения ВБИ вдалеке от иных филиалов, организация дезинфекционных филиалов в приемных филиалах [22].

Медлительно принимают решение вопросы увеличения свойства и производительности текущей дезинфекции, предстерилизационной чистки и стерилизации медицинского инвентаря.

Медлительно исполняется внедрение стерилизующей аппаратуры свежего поколения с автоматическим методикой управления, наличием средств световой и звуковой сигнализации. В одном ряду этим отмечается высокий уровень изношенности имеющейся аппаратуры [24].

Предпосылкой появления ВБИ считается резистентность микрофлоры к главным видам медикаментов. На нынешний день считается, что 50% пациентов в стационаре получают лекарства без должной надобности.

Лекарства в большинстве случаев или вызывают лишнее угнетение микрофлоры или же вообще не показаны.

Длительное присутствие больного в стационаре перед оперативным вмешательством тоже считается моментом риска появления ВБИ. В работе, проделанной под управлением Государственного совета научных изучений США, было выявлено, что при однодневном присутствии больного перед операцией в стационаре показатель заражения ран составил 6%, в случае если же продолжительность госпитализации возрастала до 21 день и больше, данный показатель рос до 14,7%.

На сегодняшний день во многих клиниках взято за правило производить обследование больного перед плановой операцией по возможности амбулаторно. Самым нормальным сроком операции в этом случае считается второй день нахождения пациента в больнице. Это способствует понижению степени риска возникновения ВБИ [23].

Согласно определению ВОЗ, заболеваемость медицинских сотрудников заразными заболеваниями, связанная с их профессиональной работой, относится к ВБИ. Заболеваемость медперсонала заразными заболеваниями значительно превышает заболеваемость персонала во многих ведущих отраслях промышленности. Это обусловлено наличием в ЛПУ большущего количества источников инфекции (больных и носителей между пациентов), невообразимой сосредоточиванием в их ослабленных лиц, множеством инвазивных исследовательских и целительных процедур, своеобразием микробного вида, специфичностью путей передачи заразного агента. Содержит смысл обширное использование в ЛПУ антибиотиков и цитостатиков, меняющих биоценоз слизистых оболочек и кожных покровов персонала и открывающих "входные ворота" для грибов и иных микробов. Инфицирование медицинских сотрудников полирезистентными штаммами ряда возбудителей имеет возможность считаться предпосылкой инвалидизации и в том числе и смерти ряда из них [24].

Не последнюю роль во внутрибольничном заражении играют медико-биологические моменты. Известно, что инфекции как вне, так и изнутри лечебниц, чаще всего поражают старых людей. В данный момент ведутся изучения по выявлению связи между старением организма и переменами иммунной системы, заболеваниями престарелого возраста с параллельным использованием исследовательских и целительных процедур и разными физическими и анатомическими переменами при процессах старения. Это положение постепенно приобретает научную основу. У пожилых госпитализированных больных ВБИ развиваются чаще, чем у взрослых более молодого возраста. Риск заболеваний, рассчитанный десятилетием жизни, составляет примерно 10 на 1000 выписанных из стационара больных в возрасте от момента рождения до 5–го десятилетия (40–49 лет), в дальнейшем этот риск возрастает и после наступления 70– летнего возраста достигает показателя 100 на 1000 выписанных из стационара [27].

Хронические заболевания, как правило, снижают общую резистентность организма, поэтому могут послужить факторами риска развития ВБИ. Особое внимание стоит обращать на такие заболевания, как сахарный диабет, а также хронические воспалительные процессы любой локализации, сердечно-сосудистую патологию и др. В таких случаях вероятность снижения иммунологической резистентности возрастает, а вместе с ней и вероятность развития ГСИ [25].

Систематическая деконтаминация рук медицинского персонала относится к числу едва ли не самых первых сформулированных принципов профилактики гнойно-септических ВБИ и сохраняет свое приоритетное значение. По данным Брусина Е.П. (2006) руки медицинского персонала как фактор передачи ВБИ были подтверждены в 89,4% случаев в отделениях интенсивной терапии, в 72,5% – при выполнении манипуляций пациенту в хирургических отделениях, в 32,7% – в операционных отделениях. Высочайшая эффективность внедрения в стационаре унифицированной системы деконтаминации рук установлена во многих исследованиях [30].

В большинстве стационаров государства не соблюдаются обстоятельства сбора, сбережения, транспортировки и ликвидирование медицинских отходов. Лишь только в 8 субъектах РФ они уничтожаются на мусоросжигательных заводах или же в особых печах [32].

Неувязка бациллоносительства больных связана с природой болезни, которая имеет возможность проходить в латентной (скрытой) форме, слабо воплощенной, не раскрываемой форме. Ещё в середине 20 века, была размещена статистика американских лечебниц (Мак Канн и др.), где указывалось, собственно, что ВБИ развились у 89,7% больных впоследствии двухнедельного присутствия в стационаре, а бациллоносительство дифтерийных палочек и гемолитического стрептококка в 80% случаев считается итогом реинфекции вследствие долговременной госпитализации. При одновременном присутствии в палате нескольких больных, поступивших в различные сроки вполне вероятно перекрестное заражение.

Недооценивается значение информированности медицинского персонала о факторах, механизмах передачи, профилактики ВБИ. Безусловно, некомпетентность в этих вопросах обуславливает и неверное выполнение профилактических мероприятий. Любопытно обозначить, что исследование "выживаемости" получаемых познаний медицинским персоналом по вопросам профилактики ВБИ продемонстрировало, что через 3 месяца после проведенного обучения потери информации составляют в среднем 20%, а через 6 месяцев достигают 60,0% [27].

1.3. Основные направления и организация профилактики внутрибольничных инфекций

В соответствии с Концепцией профилактики ВБИ [Покровский В.И. и др., 1999] можно выделить несколько основных направлений.

- Оптимизация организации эпидемиологического наблюдения (ЭН) за ВБИ представляется базой эффективной профилактики и борьбы с ВБИ. Только при четком мониторинге за динамикой эпидемического

процесса, распространением возбудителей ВБИ, при слежении за факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализе полученной информации возможна разработка научно обоснованной системы мер борьбы с ВБИ и их профилактики. ЭН гарантирует подготовку, передачу и исследование данных с целью принятия соответственных административных заключений и исполняется с учетом особенности разных видов ЛПУ.

- Улучшение лабораторной диагностики и прогноза возбудителей ВБИ подразумевает оптимизацию системы взятия и доставки клинического материала в лабораторию; улучшение способов выделения и идентификации микробов - возбудителей ВБИ;
- Увеличение производительности дезинфекционных мероприятий. Профилактика ВБИ в ЛПУ содержит в себе ансамбль дезинфекционных событий, нацеленных на ликвидирование патогенных и условно–патогенных микробов на объектах в окружении больного, продуктах медицинского предназначения.
- Увеличение производительности стерилизационных мероприятий. Принципиальным звеном обслуживания ВБИ в ЛПУ считаются стерилизационные мероприятия, нацеленные на ликвидирование всех вегетативных и споровых форм микробов в воздухе функциональных помещений и палатных секций, на объектах в окружении больного и изделиях медицинского применения.
- Модернизирование процесса предстерилизационной чистки изделий может быть осуществлено с помощью исследования и введения установок, процесс чистки в которых исполняется методом обработки изделий моющими либо моюще–антисептическими средствами в купе с ультразвуком.
- Заслуживает внимания продолжение исследовательских работ по оценке внедрения уф-излучения для обеззараживания воздуха в многофункциональных зданиях ЛПУ в пребывании и в отсутствии больных.

- Оптимизация мер борьбы с ВБИ разными способами передачи подразумевает определение основных профилактических и противоэпидемических событий при разных группах инфекций в стационарах разного профиля;
- Оптимизация основ профилактики ВБИ медперсонала подразумевает обследование медперсонала на присутствие заразных болезней при приеме на работу и появлении вспышек ВБИ;
- Раскрытие и учет ВБИ на базе определения стереотипного варианта ВБИ в процессе диспансерного исследования;
- Определение причин риска и групп риска посреди персонала в разных типах стационаров;
- Эпидемиологический анализ заболеваемости ВБИ и носительства эпидемиологически важных микроорганизмов у медицинского персонала по этиологии, локализации патологического процесса с определением основных обстоятельств и причин, обеспечивающих распространение ВБИ;
- Организацию специфической профилактики среди медперсонала;
- Обеспечение и обучение применению средств персональной защиты при уходе за больными;
- Исследование и использование эпидемиологически неопасных технологий выполнения лечебных и диагностических процедур;
- Обучение медицинских работников (врачебного персонала, среднего звена медицинских работников, младшего персонала) вопросам эпидемиологии и профилактики ВБИ в разных типах стационаров;
- Оценку эффективности проведенных профилактических мероприятий и оценку эффективности лечения медицинских работников с ВБИ [28].

В проблемах профилактики ВБИ в ЛПУ обязаны проводиться 3 главных условия:

1) сведение к минимальному количеству способности заноса инфекции;

2) исключение внутригоспитальных заражений;

3) исключение выноса инфекции за границы ЛПУ.

Организация профилактики в ЛПУ содержит в себе широкий комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий:

1) оптимальная организация приема и санитарной обработки больных при поступлении в стационар (сортировка, работа фильтра, тщательный сбор анамнеза);

2) адекватно санкционированная система ухода за больными, исключающая вероятность как перенесения инфекции обслуживающим персоналом, так и заноса ее снаружи;

3) увеличение квалификации медперсонала (персонал должен знать клиническую картину заразных заболеваний, источники, пути их распространения);

4) своевременная изоляция больных с подозрениями на инфекционное заболевание;

5) контроль над состоянием самочувствия медперсонала;

6) серьезное соблюдение работающих директивных документов по профилактике ВБИ;

7) организация ЦСО в стационаре;

8) своевременное и высококачественное проведение дезинфекционно-стерилизационного режима;

9) обеспеченность ЛПУ нужной численностью разового и многоразового инвентаря;

10) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и увеличение санитарной культуры медицинского персонала [31].

Санитарно-эпидемиологический режим (СЭР)–комплекс мероприятий, проводимый в больнице с целью предупреждения ВБИ и создания оптимальных гигиенических условий пребывания больных и быстрейшего их выздоровления (т. е. СЭР–это все перечисленные мероприятия по профилактике ВБИ).

Контроль за санитарно-эпидемиологическим режимом в ЛПУ и др. учреждениями для предотвращения ВБИ, называется инфекционным контролем и осуществляется медицинским персоналом, начиная от главного врача ЛПУ до медицинской сестры лечебного или др. отделения, а также сотрудниками центра гигиены и эпидемиологии [33].

Основной путь профилактики ВБИ это разрушение цепочки инфекции (воздействие на разные звенья эпидемического процесса)

Способы разрушения цепочки инфекции:

- Осуществление действенного контролирования за ВБИ (инфекционный контроль).
- Изоляция источника инфекции.
- Уничтожение возбудителей инфекции (дезинфекция и стерилизация)
- Прерывание путей передачи.
- Повышение стойкости организма (иммунитета) человека.

Комплексные эпидемиологические события обязаны быть ориентированы на все 3 звена эпидпроцесса, также, нужно проведение комплекса медицинских мер: убавление травматичности медицинских вмешательств, антибиотикопрофилактика ВБИ и др. [31].

Во главе этой всей многогранной работы стоит медсестра, которая организует, выполняет и отвечает за соблюдение событий по профилактике ВБИ, а корректность деяний медсестры, будет находиться в зависимости от ее познаний и фактических способностей.

Ответственное отношение и тщательное исполнение медперсоналом притязаний противоэпидемического режима предупредит профессиональную заболеваемость служащих, а данное даст возможность понизить риск болезни ВБИ и сберечь самочувствие пациентов.

Противоэпидемические мероприятия в ЛПУ, нацеленные на профилактику ВБИ, предугадывают дезинфекцию объектов среды, имеющих

значение для распространения заразных болезней, и стерилизацию продуктов медицинского назначения [34].

Задачи по профилактики ВБИ среди медперсонала:

1) организация санитарно-эпидемиологического надзора за ВБИ медперсонала (учет и регистрация);

2) изыскание и внедрение профилактических и противоэпидемических мер по охране медперсонала от ВБИ (предупреждение артифициальных заражений):

- обширное внедрение разовой медицинской одежды;
- использование кожных антисептиков;
- обширное использование средств персональной охраны (очки, щитки, экраны, маски – носить менее 2 часов, при смачивании сменить)
- организация специфической и экстренной профилактики медперсонала.

Вакцинация – данное стратегическое направление в борьбе с ГВ, дифтерией и столбняком;

3) введение в лечебный процесс неопасных в эпидемиологическом отношении мед технологий;

4) исследование эталонов медицинских манипуляций.

правила индивидуальной гигиены

1. Каждодневные гигиенические процедуры, ногти обязаны быть коротко острижены и вовсе не покрашены лаком.

2. Защита рта и носа (насколько возможно разовыми салфетками) и поворот головы в сторону от окружающих в близи людей при чихании.

2. Мытьё рук до и после исполнения манипуляций, в том числе, если они сделаны в перчатках.

3. Косметика должна быть умеренной, украшения не должно быть.

4. Кольца, браслеты до работы снимают.

5. Опрятная медсестра вызывает доверие больного, и в её пребывании он ощущает себя более уверенно и безмятежнее [35].

Требования к условиям труда медицинского персонала. (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 – 10) [1].

Медицинский персонал обязан проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Профилактическая иммунизация персонала ведется согласно с государственным и региональным календарем профилактических прививок.

В целях профилактики гемоконтактных зараз перчатки нужно надевать перед всеми парентеральными манипуляциями у больного. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

Персонал поддерживается средствами индивидуальной охраны в подходящем количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и т.д.) в зависимости от профиля филиала и характера выполняемой работы.

Медперсонал обязан быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью согласно с табелем оснащения, более 3 комплектов спецодежды на 1-го работающего.

Стирка одежды персонала должна проводиться централизовано и отдельно от белья больных.

Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля исполняется раз в день и по мере загрязнения. В учреждениях терапевтического профиля – 2 раза еженедельно и по мере засорения. Сменная обувь персонала, работающего в зданиях с асептическим режимом должна быть из нетканого материала, легкодоступного для дезинфекции.

Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

В процессе проведения манипуляций больному персонал не может вести записи, дотрагиваться до телефонной трубке и т.д.

На рабочем месте не разрешено принимать пищу.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПУ запрещено.

Для ухода за кожей рук использовать смягчающие и защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи.

Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ и другими передаваемыми с кровью инфекциями.

Универсальные меры предосторожности:

- Мыть свои руки до и после любого контакта с больными.
- Рассматривать кровь и водянистые выделения всех больных как потенциально зараженные и действовать с ними исключительно в перчатках.
- Сразу после применения помещать использованные шприцы и катетеры в особые контейнеры для утилизации острых вещей, не снимать со шприцев иглодержатели с иглами и не производить манипуляций с использованными иглами.
- Воспользоваться средствами для защиты глаз и масками для избегания вероятного попадания брызг крови либо водянистых выделений в лицо (в период хирургических операций, манипуляций, катетеризации и лечебных процедур).
- Принимать на вооружение особую влагонепроницаемую одежду для защиты тела от вероятного попадания брызг крови либо водянистых выделений.
- Рассматривать все белье, запачканное кровью либо водянистыми выделениями, как потенциально инфицированное.
- Рассматривать все эталоны лабораторных анализов как потенциально зараженные. Шаблонные меры предосторожности ориентированы на понижение риска перекрестной инфекции среди больных, также на минимизацию риска профессионального инфицирования:

- Впоследствии контакта с хоть какими либо биосубстратами организма (кровью, жидкостями организма, секретами, экскретами) и контаминированными вещами руки моют с мылом.
- После снятия перчаток и между контактами с пациентами, руки моют с мылом или обрабатывают кожным антисептиком.
- В случае если при осмотре больного либо проведении манипуляции вероятен контакт с биологической жидкостью, слизистыми оболочками, поврежденной кожей и контаминированными вещами, нужно надевать перчатки.
- Острые вещи скидывают после применения в не прокалываемые контейнеры.
- Мероприятия по чистке, дезинфекции и стерилизации медицинского инвентаря и оборудования проводят согласно с действующими нормативными документами.
- При проведении искусственного дыхания необходимо избегать дыхания рот в рот [23].

ГЛАВА 2.АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

2.1. Краткая характеристика ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» - это главное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение области, являющееся организационно-методическим центром для всех ЛПУ области.

В структуру областной клинической больницы входят: кардиология, неврология, гастроэнтерология, пульмонология, ревматология, аллергология, гематология, нефрология, эндокринология, нейрохирургия, хирургия (в том числе гнойная хирургия), урология, травматология, ортопедия, комбустиология (ожоговая медицина), оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия, сосудистая хирургия, кардиохирургия, торакальная хирургия, инфекционные болезни, акушерство и гинекология, патология новорожденных, реанимационная помощь (в том числе реанимация новорожденных).

Круглосуточный стационар учреждения составляет 720 койко-мест; 24 койко-места занимают реанимационные больные и 10 коек - филиал «Соловецкая участковая больница».

Областная клиническая больница - одна из ведущих научных и учебных баз, в которой развернуто семь кафедр и два курса СГМУ.

Нейрохирургическое отделение – это специализированное отделение, спецификой которого являются пациенты с травмами и заболеваниями центральной и периферической нервной системы. Отделение было создано в 1965 году на базе Архангельской областной клинической больницы, где оказывается круглосуточная срочная, плановая, и консультативная медицинская помощь.

Располагается отделение на 3 этаже нового семиэтажного хирургического корпуса и имеет в своём составе 30 коек, размещённых в

удобных 1,2,3 местных палатах, оснащённых палатной сигнализацией. Имеются две палаты интенсивной терапии, одна палата оснащена системой центральной подачи кислорода.

Отделение предназначено для оказания плановой и экстренной помощи взрослому населению Архангельской области. Для этого в условиях нового хирургического корпуса больницы имеется широкий спектр диагностических и лечебных служб. Операции проводятся в специализированной операционной, единого операционного блока, который оснащён самым современным оборудованием.

В отделении организовано: три сестринских поста, один перевязочный кабинет, процедурный кабинет, кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры, ординаторская, комната для отдыха медицинского персонала, кабинет сестры-хозяйки, ванная комната, санузлы для пациентов находятся в палатах.

Отделение возглавляет врач-нейрохирург высшей квалификационной категории, заслуженный врач России, кандидат медицинских наук [25].

Укомплектованность кадрами на сегодняшний день можно увидеть на таблице 1.

Таблица 1.

Укомплектованность кадрами НХО(Абс.ч., %)

	Штат	Физических лиц	Занято	% укомплектованность
Зав.отделением	1	1	1	100%
Врач невролог	1	1	1	100%
Врач нейрохирург	7,5	6	6	80%
Сестринский персонал	20,25	19	19	94%
Младший персонал	13,5	11	12	81%

Из таблицы можно сделать вывод, что по врачебному составу ситуация в настоящий момент не очень благополучная. Но необходимо отметить, что в

настоящее время на базе отделения проходят ординатуру по нейрохирургии 5 молодых специалистов, 2 из которых в дальнейшем планируют остаться работать в отделении. Укомплектованность средним и младшим медперсоналом не полная, особенно не хватает санитаров в основном из-за низкого уровня заработной платы, которая не соответствует моральным и физическим затратам в отделении.

В больнице функционирует многопрофильное отделение реанимации, где выделено две палаты для нейрохирургических больных. Отделение укомплектовано современной дыхательной аппаратурой, мониторами, имеется возможность качественной электрофизиологической оценки функционального состояния головного мозга и мозгового кровообращения.

В нейрохирургической операционной имеется основное оборудование, инструментарий, преимущественно импортного производства (Германия, США), позволяющие выполнять плановые и экстренные вмешательства больным практически со всем спектром нейрохирургической патологии.

Отделение оказывает все виды плановой и срочной высококвалифицированной нейрохирургической помощи: операции при повреждениях черепа, головного мозга, позвоночника и спинного мозга в остром периоде и пластику дефектов черепа современными материалами (титан, искусственная кость) в последующем периоде.

Операции при доброкачественных и злокачественных опухолях головного и спинного мозга с использованием нейронавигации, транскортикальной УЗИ локации, нейромониторинга. Опухоли гипофиза оперируются эндоскопическитрансназально (через полость носа);

Клипирование аневризм сосудов головного мозга, хирургическое лечение геморрагических инсультов.

Операции проводятся для жителей Архангельской области и России за счет полиса ОМС и ДМС, квот на высокотехнологичную помощь министерства здравоохранения Архангельской области и платно для жителей иностранных государств [25].

2.2. Анализ показателей работы НХО за 2013-2015гг.

Пациенты поступают в отделение с различной тяжестью заболеваний.

В отделении ведется как плановый прием пациентов, так и экстренная госпитализация.

Показатели работы отделения за 2013-2015 гг. представлены в табл. 2

Таблица 2.

Показатели работы нейрохирургического отделения за 2013-2015 гг.

(Абс.ч., %)

	2013 год	2014 год	2015 год
Число коек	45,0	30,0	30,0
Пролечено больных	1029,0	864,0	804,0
Работа койки в году	275,0	361,0	390,0
Средний койко-день	12,2	12,6	15,2
Оборот койки	22,8	28,8	26,8
Летальность общая	2,2	2,4	4,7
Количество оперированных больных	440,0	510,0	582,0
Число операций	452,0	497,0	607,0
из них срочных	112,0	85,0	146,0
Хирургическая активность	44,0	59,0	72,3
Послеоперационные осложнения	47,0	43,0	62,0
Послеоперационная летальность	4,3	3,3	4,2
Средний дооперационный койко-день	9,7	4,9	4,3

За три года количество коек уменьшилось с 45 до 30. Пролечено больных в 2013 больше на 21,9%, чем в 2014 и в 2015гг. Длительность работы койки за три года повысилась с 275 до 390 дней, оборот койки очень высокий. Среднее пребывание больного на койке повысилось на 3,0%. Общая летальность за три года увеличилась на 2,5%. Количество оперированных больных в 2015 по сравнению с 2013 оказался выше на 34,3%. Хирургическая активность увеличилась в 2015 год на 28,3%. Увеличились, по сравнению с 2013 годом послеоперационные осложнения с 47,0%до 62,0%.

Послеоперационная летальность в 2013 оказалась выше, чем в 2014 на 25,0%, и практически одинакова по сравнению с 2015 годом.

Количество больных по нозологическим группам, пролеченных за 2013- 2015 гг, представлено в таблице 3.

Таблица 2.

Структура пациентов по нозологии за 2013-2015 гг. (Абс.ч., %)

Нозологические группы	2013	2014	2015
1. Опухоли центральной нервной системы. 2. Сосудистые заболевания центральной нервной системы 3. Воспалительные заболевания 4. Дорсопатии 5. Прочие заболевания центральной нервной системы 6. Аномалии центральной нервной системы	117 (11,0) 35 (3,3) 20 (1,9) 315 (26,7) 14 (1,3)	178 (14,5) 45 (3,5) 29 (2,2) 408 (33,6) 25 (1,9) 20 (1,5)	196 (16,4) 67 (5,8) 18 (1,6) 342 (28,6) 18 (1,7) 9 (0,9)
Заболевания нервной системы (общее кол-во)	501 (47,1)	705 (57,6)	661 (55,5)
6.Сотрясения головного мозга. 7.Ушибы головного мозга. 8. Последствия черепно-мозговой травмы. 9. Позвоночно-спинномозговые травмы (осложнённые и неосложнённые). 10. Последствия позвоночно-спинномозговой травмы 11.Травма периферических нервов	387 (36,4) 24 (2,2) 45 (4,2) 84 (7,9) 5 (0,5) 16 (1,5)	321 (26,5) 61 (5,02) 29 (2,4) 90 (7,4) 5 (0,4) 12 (0,9)	315 (25,4) 106 (9,0) 38 (3,7) 70 (6,0) 11 (1,1) 15(1,6)
Травма и последствия травмы нервной системы. (общее кол-во)	561 (52,8)	518 (42,4)	531 (44,5)
ВСЕГО	1062 (100)	1223 (100)	1192 (100)

При анализе таблицы можно сделать выводы: показатели заболеваний за 2015 увеличились на 12,2% по сравнению с 2013 годом.

Основными нозологическими группами пациентов, определяющими работу нейрохирургического отделения в 2013, являются пациенты с

травмами и с последствиями травм центральной нервной системы, их количество составило 52,8 % и заболевания нервной системы 47,1% от общего количества пациентов по нозологии. В 2015 году количество пациентов с травмами центральной нервной системы уменьшилось на 8,3%, а с заболеваниями нервной системы увеличилось на 8,4%.

На первом месте среди всех заболеваний находятся больные дегенеративно – дистрофическими заболеваниями позвоночника (дорсопатии)их количество за 2013 год составило 26,7%, а за 2015 28,6%, от общего количества заболеваний нервной системы, что свидетельствует об увеличении количества пациентов с данным заболеванием. Далее идут пациенты с сотрясением головного мозга, за 2013г их было 36,4% от общего количества пациентов с травмами центральной нервной системы, за 2015г их количество уменьшилось на 11,0%.С онкологической патологией количество за 2013г составило 11,0%,за 2014 г 14,5%,за 2015г 16,4% от общего количества заболеваний нервной системы. За три года увеличилось количество пациентов со срочной патологией ЦНС: сосудистые на 2,5%, и ушибы головного мозга на 7% от общего количества заболеваний нервной системы.

При анализе сестринских манипуляций за 3 года установлено, что больше всего из манипуляций было в/м. инъекции 51,3%, перевязок - 18,5%, в/в инъекции - 14,1%. ПХО ран за три года – на одном уровне 9,4%, подготовка к исследованиям и операциям – 6,5%. Причем в абсолютных цифрах количество всех манипуляций имеет тенденцию к увеличению за анализируемый период, то есть увеличивается нагрузка на сестринский персонал (табл.4).

Таблица 4.

Показатели сестринских манипуляций (Абс.ч., %)

Манипуляции	2013г.		2014г.		2015г	
Перевязки	1893	18,3	1925	18,5	1943	18,6
ПХО ран	973	9,4	985	9,4	986	9,4
В/м. инъекции	5346	51,7	5323	51,3	5352	51,2
В/В. инъекции	1458	14,1	1465	14,1	1473	14,1
Подготовка к исследованиям и операциям	658	6,3	672	6,4	683	6,5
всего	10328	100	10370	100	10437	100

Осложнения, выявленные в нейрохирургическом отделении за период 2013-2015гг, представлены в таблицах 5,6,7.

Таблица 5.

Осложнения, выявленные в НХО в 2013г. (Абс.ч., %)

Осложнение	Возникло в НХО	При переводе из др. отд. АОКБ	При поступлении из ЦРБ	При поступлении из дома
1.Постинъекционный абсцесс	-	-	1	-
2.Уроинфекция	4	1	2	2
3.Пневмония	-	4	-	-
4.Флебит	-	-	-	-

Таблица 6.

Осложнения, выявленные в НХО за 2014г.(Абс.ч., %)

Осложнение	Возникло в НХО	При переводе из др. отд. АОКБ	При поступлении из ЦРБ	При поступлении из дома
1.Пневмония	-	4	2	-
2. Флебит	-	2	1	-
3.Уроинфекция	-	12	9	-
4.Постинъекционный абсцесс	-	4	1	-

Таблица 7.

Осложнения, выявленные в НХО за 2015г.(Абс.ч., %)

Осложнение	Возникло в НХО	При переводе из др. отд. АОКБ	При поступлении из ЦРБ	При поступлении из дома
1.Пневмония	-	4	2	-
2. Флебит	-	2	1	-
3.Уроинфекция	-	12	9	-
4.Постинъекционный абсцесс	-	8	3	-

Сравнивая данные за три года, можно отметить, что осложнения, возникшие в нейрохирургическом отделении, были выявлены только в 2013 году. Так как в отделении применяют постоянную катетеризацию мочевого пузыря катетером Фалея, но при возможности (особенно это касается пациентов с позвоночно–спинномозговой травмой) стараются переводить их на периодическую катетеризацию лубрицированными катетерами, следует помнить, что постановка постоянного катетера может вызвать ряд осложнений:

- сморщивание стенок мочевого пузыря вследствие постоянного оттока мочи и снижения внутрипузырного давления;
- большой риск инфицирования (бактерии попадают в мочевой пузырь через внутреннюю и внешнюю стенки катетера);
- вероятность сдавления и ишемии (ухудшения кровоснабжения) стенок уретры;
- растяжение стенок уретры, в особенности у женщин, приводящее к истечению мочи вне катетера;
- постоянное раздражение катетером мочевого пузыря приводит к образованию камней.

Согласно рекомендациям Европейского общества урологов, основанных на многолетнем клиническом опыте, интермиттирующая

катетеризация является золотым стандартом для пациентов с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря. Катетеризацию постоянным катетером через мочеиспускательный канал или цистостому необходимо использовать только в исключительных случаях.

При переводе пациента на периодическую катетеризацию (ещё раз хочу сказать, что это касается в основном пациентов с ПСМТ с нейрогенным мочевым пузырём) и по возможности лубрицированными катетерами мы придерживаемся определённых правил:

- первые 7–10 дней применяем постоянный катетер, следующие 5–7 дней периодическая катетеризация осуществляется медицинской сестрой и здесь же идёт обучение родственников выведению мочи, в дальнейшем уже родственники сами выводят мочу под контролем сестры-консультанта. Уже в этот период она начинает постепенно готовить пациента к тому, что ближайшие несколько лет, а может и всю оставшуюся жизнь он не сможет мочиться самостоятельно. И здесь же при обучении делается большой акцент на парадоксальной ишурии. Родственникам и самому пациенту объясняют, что если пациент начал мочится сам, то после мочеиспускания ему необходимо вывести мочу катетером сразу же после мочеиспускания и посчитать количество остаточной мочи, оно не должно превышать 50–100 мл.

Если же пациент находится на постоянной катетеризации, то хочу напомнить несколько правил по профилактике осложнений:

- смена катетера каждые 5–7 дней;
- катетер должен быть постоянно закрыт, открывать каждые 3–4 часа на 15 минут;
- жидкости должно выпиваться не менее 2 литров в сутки;
- не промывать мочевой пузырь;

И самое главное, как можно раньше переходить на интерметирующую катетеризацию – золотой стандарт в урологии.

За 2014 и 2015 год в отделении не развилось ни одного осложнения, что свидетельствует об эффективности профилактики внутрибольничной инфекции. Почти все осложнения были выявлены при переводе из других отделений.

2.3. Система инфекционного контроля в нейрохирургическом отделении

Целью инфекционной безопасности в нейрохирургическом отделении является предупреждение распространения внутрибольничной инфекции.

Требования к санитарно–противоэпидемическому режиму регламентируются следующими приказами:

- ОСТ №42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения, методы, средства, режимы».
- СанПиН 2.1.3.2630-10 от 18 мая 2010 г: "Санитарно–эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"
- СанПин 2.1.7.2790.10 от 09.12.2010г: «Санитарно–эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
- Распоряжение АОКБ №06 от 10.08.2011 г: «Действия медицинских работников при аварийных ситуациях, связанных с угрозой инфицирования ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами».
- СанПин 3.1.5.2826-10от 11.01.2011 года «Профилактика ВИЧ-инфекции» [36].

Ежедневное тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе своих профессиональных обязанностей сотрудниками отделения составляют основу мероприятий по профилактике ВБИ.

В комплекс санитарно–противоэпидемических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями и соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в отделении входят все виды уборок

помещения.

В манипуляционных кабинетах проводят следующие виды уборок:

1.Предварительная – проводится до начала работы. Протираются стены на высоту руки и все горизонтальные поверхности, ветошью с дез. раствором, включается бактерицидный облучатель на 15 минут, с последующим проветриванием.

2. Текущая уборка – проводится во время работы методом протирания с дез. средством. Протираются все предметы и поверхности, с которыми соприкасается пациент.

3. Заключительная уборка – проводится в конце рабочего дня с более тщательной обработкой всех поверхностей с дез. раствором, кварцевание 15 минут, с последующим проветриванием.

4. Генеральная уборка – комплекс санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий, направленных на создание асептического режима в помещениях. Проведение генеральной уборки фиксируется в журнале установленной формы. В манипуляционных кабинетах, в палате интенсивной терапии, в столовой, буфете, санузлах–1 раз в неделю; в палатах 1 раз в месяц.

Для проведения генеральной уборки должен быть специально промаркированный уборочный инвентарь: 2 ведра (для мытья стен и пола),

- 2 тряпкодержателя (для мытья стен и пола), которые хранятся отдельно.
- Спец. одежда, средства индивидуальной защиты
- Стерильная и чистая ветошь.

Мерой профилактики внутрибольничной инфекции также является регулярная обработка рук. Различают два уровня обработки рук медицинского работника:

Гигиенический уровень–предусматривает два способа: гигиеническое мыть рук (социальный уровень), гигиеническую обработку рук.

Гигиеническое мытье рук проводится мылом и водой для удаления

загрязнений и снижения количества микроорганизмов: до и после осмотра и ухода за пациентами; после посещения туалета; перед раздачей пищи; после смены постельного белья; до и после снятия перчаток и пр.

Гигиеническая обработка рук – проводится спиртосодержащим кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

В отделении применяются следующие кожные антисептики: Хлоргексидин спиртовый 0,5%; Ника-антисептик аквамусс, спирт этиловый 70%.

Хирургический уровень– уничтожение транзитной флоры и снижение численности резистентной флоры. Хирургическая обработка рук направлена на предупреждение послеоперационных и постманипуляционных осложнений. Проводится перед любым хирургическим вмешательством и является обязательной.

Для профилактики микротравм и восстановления функций кожи необходимо регулярно (1–2раза в день) смазывать руки кремом («Каппадерм»).

В отделении ведется «Журнал регистрации производственных травм и микротравм», куда заносятся сведения обо всех случаях травм, полученных на рабочем месте. По распоряжению АОКБ за №06 от 10.08.2011 г: «Действия медицинских работников при аварийных ситуациях, связанных с угрозой инфицирования ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами» в каждом перевязочном и процедурном кабинетах, в палате интенсивной терапии должна находиться «Аптечка профилактики ВИЧ – инфекции». Состав аптечки ВИЧ и стандарт оказания неотложной помощи при аварийной ситуации на рабочем месте.

Препараты, используемые для дезинфекции и предстерилизационной очистки в отделении.

1. «Ника-Хлор» – таблетированный препарат. 0,015, 0,06%, 0,1%, 0,2%, 1%, 2% раствор используется для дезинфекции поверхностей,

предметов ухода, мебели, изделий медицинского назначения, уборочного инвентаря.

2. «Неотабс» – таблетированный препарат. 0,02% раствор применяют для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой комплектующих деталей наркозно-дыхательной аппаратуры, анестезиологического оборудования, небулайзеров, для обработки кювезов и приспособлений к ним. А также для проведения генеральной уборки в процедурных, перевязочных кабинетах и оперблоке. Для стерилизации изделий медицинского назначения.

3. «Триазин» – дезинфицирующее средство с моющим эффектом, предназначено для предстерилизационной очистки и дезинфекции изделий медицинского назначения, а также для приготовления рабочих растворов. Используется 0,4% раствор (4мл. средства на 996,0мл.воды), экспозиция 15минут.

4. «Абактерил» – дезинфицирующее средство с моющим эффектом, используется активно в отношении всех видов бактерий (включая микобактерии туберкулеза), вирусов и грибов, возбудителей внутрибольничных инфекций, анаэробных инфекций, обладает овоцидными свойствами в отношении возбудителей паразитарных болезней. Применяют:

- для дезинфекции, совмещая с предстерилизационной очисткой хирургических и стоматологических инструментов ручным способом–0,5%–30мин.
- при анаэробных инфекциях–1%–20мин.
- при туберкулезе –1,0%–30мин.
- генеральная уборка –0,25% –30мин.
- экстренная дезинфекция поверхности–1%–5мин.
- жидкие отходы (кровь, сыворотка, мокрота)–1%–60мин. Смешивают с рабочим раствором в соотношении 1:2
- вакцина БЦЖ–М–1%–90мин.

Лечебно-профилактические учреждения вне зависимости от его профиля и коечной мощности, в результате своей деятельности образуют различные по фракционному составу и степени опасности отходы. Работа по обращению с отходами организована согласно СанПину 2.1.7.2790.10 «Санитарно–эпидемические требования к обращению с медицинскими отходами». Все отходы здравоохранения разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности на 5 классов.

Классификация медицинских отходов:

- Класс А – неопасные отходы ЛПУ.
- Класс Б – опасные (рискованные) отходы ЛПУ.
- Класс В – чрезвычайно опасные отходы ЛПУ.
- Класс Г – отходы ЛПУ, по составу близкие к промышленным.
- Класс Д – радиоактивные отходы ЛПУ.

К отходам, образующимся на территории ЛПУ, в зависимости от класса предъявляют различные требования по сбору, временному хранению и транспортированию. Смешение отходов различных классов на всех стадиях их сбора, хранения и транспортирования недопустимо.

В отделении чаще работают с отходами класса А и Б.

Требования к сбору медицинских отходов.

Сбор отходов класса А – осуществляется в многоразовые емкости или одноразовые пакеты, расположенные специальных тележках или внутри многоразовых контейнеров. Емкости для сбора отходов и тележки должны быть промаркированы «Отходы класса А».

Отходы класса Б – подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции), собираются в мягкую (пакеты) или твердую (не прокалываемую) упаковку (контейнеры) желтого цвета или имеющие желтую маркировку. Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться не прокалываемые влагостойкие емкости (контейнеры), емкость должна иметь плотно прилегающую крышку, исключающую

возможность самопроизвольного вскрытия. После заполнения пакета на ¾ сотрудник, ответственный за сбор отходов, завязывает пакет или закрывает его с использованием стяжек с биркой, на которой указывается название организации, подразделение, дата и фамилия ответственного за сбор отходов.

Отходы класса Г – Сломанные ртутные термометры собираются в герметичную емкость с водой с добавлением небольшого количества перманганата калия, сдаются старшей медсестре отделения, затем транспортируются согласно установленной схеме.

В нейрохирургическом отделении проводится весь объем мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции.

Особое место в профилактике профессиональных заболеваний занимает защита персонала на рабочем месте, прохождение профилактических медосмотров, иммунопрофилактика.

Профилактика проф. заболеваний подразделяется на специфическую и неспецифическую.

Неспецифическая профилактика: на рабочем месте необходимо соблюдать меры индивидуальной защиты при проведении процедур, сопровождающихся разбрызгиванием биологических жидкостей, загрязнением рук и спецодежды. Особую осторожность нужно иметь при работе с колющими и режущими предметами. При работе необходимо использовать специальную одежду индивидуальные средства защиты:

- халат, фартук, колпак
- маску, защитные очки, перчатки

На основании приказа № 302н от 12 апреля 2011 г «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» сотрудники отделения 1 раз в

год проходят комплексное медицинское обследование: ФОГ, стоматолог, окулист, хирург, невролог, отоларинголог, гинеколог, терапевт; исследуется кровь на ВИЧ, HbsAg, маркеры гепатита С.

К специфической профилактике относится вакцинация персонала отделения(табл.8,9,10).

Таблица 8.

Вакцинация сотрудников против гепатита Ви дифтерии в 2013 году (Абс.ч., %)

Персонал	Подлежало вакцинации	Дифтерия	% вакцинированных	Гепатит В	% вакцинированных
Врачи	8	8	100%	8	100%
Средний персонал	22	22	100%	22	100%
Младший персонал	12	12	100%	12	100%

Таблица 9.

Вакцинация сотрудников против гепатита Ви дифтерии в 2014 году (Абс.ч., %)

Персонал	Подлежало вакцинации	Дифтерия	% вакцинированных	Гепатит В	% вакцинированных
Врачи	8	8	100%	8	100%
Средний персонал	22	22	100%	22	100%
Младший персонал	12	12	100%	12	100%

Таблица 10.

Вакцинация сотрудников против гепатита Ви дифтерии в 2015 году (Абс.ч., %)

Персонал	Подлежало вакцинации	Дифтерия	% вакцинированных	Гепатит В	% вакцинированных
Врачи	8	7	87%	7	87%
Средний персонал	22	22	100%	22	100%
Младший персонал	12	12	100%	11	91.6%

Вывод: в 2013 и 2014 году вакцинация медицинского персонала составила 100%. В 2015 году вакцинация среднего персонала против гепатита В и дифтерии составила 100%. Один врач не вакцинирован по причине поливалентной аллергии, а сотрудник младшего персонала переболел гепатитом В.

Контроль за санитарно–эпидемическими нормами осуществляется в трех направлениях:

- Вневедомственный контроль осуществляется со стороны ЦГ СЭН.
- Ведомственный контроль осуществляется со стороны:
- главной медицинской сестры АОКБ 1 раз в месяц;
- старшей медицинской сестры отделения 2 раза в месяц;
- Самоконтроль – проводится медицинскими сестрами отделения ежедневно, например, закладка термовременных индикаторов в биксы и укладки для контроля над стерильностью материала.
- Бактериологический контроль над обсемененностью окружающей среды (воздух и объекты окружающей среды) проводится 1 раз в месяц (см. табл.11)
-

Таблица 11.

Пробы на обсемененность воздуха за 2013-2015гг. (Абс.ч., %)

год	Кол-во проб	Не соответствует норме	%
2013	12	-	100%
2014	12	-	100%
2015	12	-	100%

При анализе таблицы можно сделать вывод, что обсемененность воздуха за три года соответствует норме.

Результаты смывов с объектов окружающей среды представлены в таблице 12.

Таблица 12.

Смывы с объектов окружающей среды 2013-2015гг. (Абс.ч., %)

год	Кол-во взятых смывов	Не соответствует норме	%
2013	30	-	100%
2014	31	-	100%
2015	40	-	100%

Вывод: Все смывы с объектов окружающей среды, сделанные за период с 2013 по 2015гг, соответствуют норме.

Бактериологический контроль над стерильностью материала проводится 1 раз в 3 месяца.

На основании приказа №254 МЗ СССР от 3 сентября 1991 года все изделия медицинского назначения после использования подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. После каждой обработки инструментов проводится контроль качества предстерилизационной очистки–азопирамовая проба. Результаты контроля заносятся в журнал (см. табл.13).

Таблица 13.

Азопирамовые пробы 2013-2015г. (Абс.ч., %)

год	Кол-во	Не соответствует норме	%
2013	2131	-	100%
2014	1233	-	100%
2015	1300	-	100%

Вывод: За три года все проведенные пробы соответствовали нормам (были отрицательные), что говорит о качественной обработке медицинского инструментария в отделении.

При анализе проводимого инфекционного контроля в отделении, можно отметить, что медицинским персоналом нейрохирургического отделения проводится весь объем мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции, о чем свидетельствуют хорошие результаты контроля качества обработки инструментов, отрицательные результаты смывов с окружающей среды, нормальная обсемененность воздуха в помещении.

ГЛАВА 3. КОМПЛЕКС ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ

3.1Анкетирование сотрудников нейрохирургического отделения по вопросам профилактики ВБИ

Исследование проводилось на базе нейрохирургического отделения ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница.» г. Архангельска.

Исследование проводилось в несколько этапов:

– организационный этап эксперимента включал в себя разработку анкеты;

– исследовательский этап включал в себя проведение анкетного опроса сотрудников, работающих в нейрохирургическом отделении ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» г. Архангельска;

– аналитический этап состоял в обработке анкет, анализе, сравнении, обобщении и интерпретации, полученных в ходе анкетирования данных.

На первом этапе исследования были разработаны авторские анкеты для медицинских сотрудников отделения для оценки уровня теоретической и практической подготовки по профилактике ВБИ.

Анкета составлена из 12 вопросов.

В рамках анкетирования, всем работникам отделения было предложено ответить на вопросы анкеты (см. приложение).

Цели:

- проанализировать уровень теоретической и практической подготовки медицинских работников нейрохирургического отделения по профилактике ВБИ
- на основании полученных данных анкетирования внести предложения по усовершенствованию мер профилактики внутрибольничного инфицирования медицинских работников

Использовался метод анкетирования медицинских работников нейрохирургического отделения по специально разработанной анкете тестам.

Анкетирование проводилось с 19.04.2016 по 18.05.2016 гг.

В анкетировании приняли участие 25 человек, это 65,7 % от численного состава коллектива. Ответы оценивались удовлетворительно, хорошо и отлично.

На вопрос, " Вы знаете, что такое внутрибольничная инфекция?"

- 1 человека ответили, что они не знают. (4%)
- 4 человек ответили, собственно, что это заболевание, приобретенное больным в стационаре (16%)
- 20 человек ответили, что это заболевание, приобретенное больным в стационаре, а также заболевание медицинского работника в связи с его профессиональной деятельностью (80%)

На вопрос, "Какие источники внутрибольничной инфекции вы знаете?"

- 1 человек ответил, что это больной (4%)
- 4 человек ответили, что это больной, медицинский персонал (16%)
- 20 человек ответили, что пациент, медицинский персонал, инструментарий (80%)

На вопрос, "Какие пути передачи инфекции вы знаете"

- 1 человека ответили контактный (4%)
- 4 человек ответили контактный, воздушно - капельный (16%)
- 20 человек ответили контактный, воздушно – капельный, гематогенный, лимфогенный (80%)

На вопрос, "Какие механизмы передачи ВБИ вы можете перечислить?"

- 1 человека, ответили, что не знают (4%)
- 4 человек, ответили фекально-оральный (16%)
- 20 человек, ответили фекально-оральный, воздушный, контактный (80%)

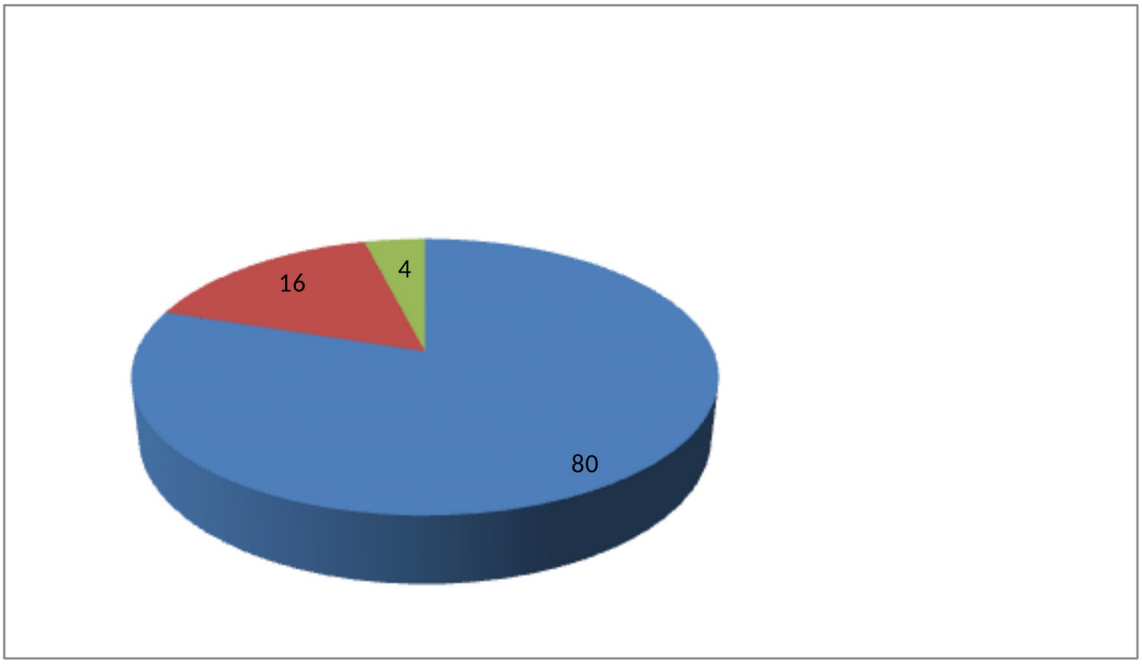

Рис.1. Распределение ответов персонала о ВБИ, ее источниках, путях и механизмах передачи, (%)

На вопрос, "Бывает ли у вас контакт с биологическими жидкостями?"

- 25человека ответили да (100%)

На вопрос, "Имеется ли в Вашем отделении журнал аварийных ситуациях?"

- 25 человека ответили да (100%)

На вопрос, "Были ли в вашей практике аварийные ситуации (укол, порез, попадание биологических жидкостей на слизистые)"

- 25 человека ответили да (100)

На вопрос, "Какие мероприятия вы делали для профилактики профессионального заражения?"

- 2 человек ответили, поменяли перчатки (8%)
- 3 человек ответили, сняли перчатки, выдавили кровь, обработали антисептиком рану, дальше надели перчатки (12%)
- 20 человек ответили, сняли перчатки, выдавили кровь, обработали антисептиком рану, дальше надели перчатки и зарегистрировались в журнале аварийных ситуаций (80%)

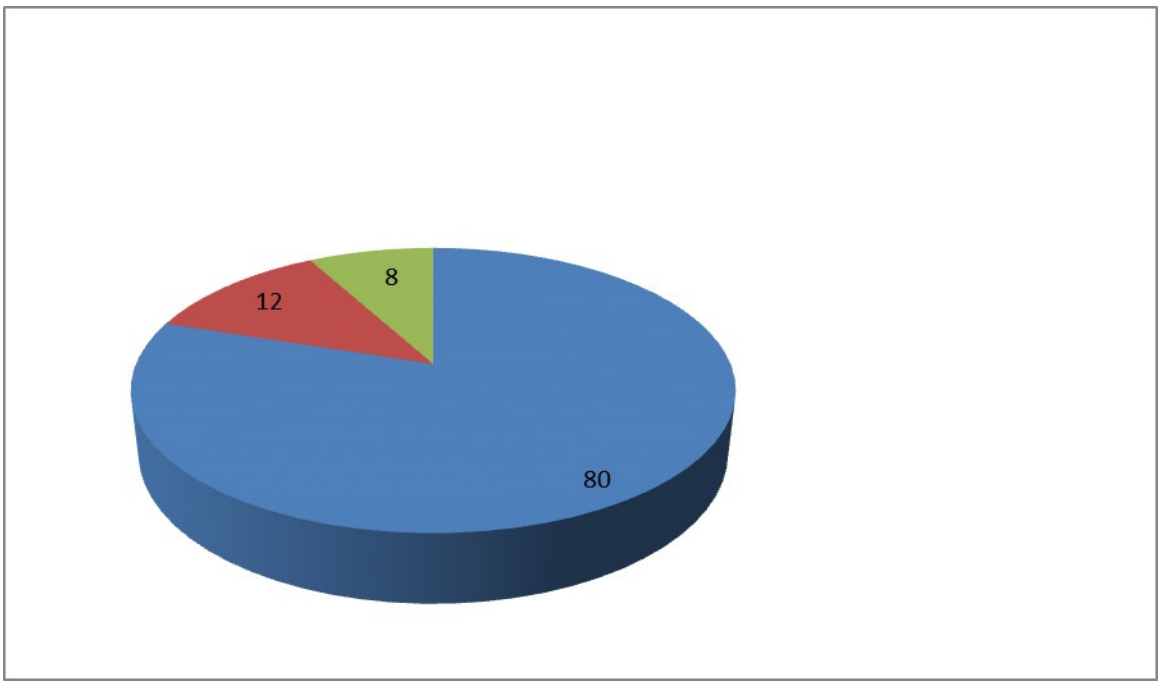

Рис.2. Распределение ответов персонала о мероприятиях для профилактики профессионального заражения, (%)

На вопрос, "Считаете ли Вы нужным повысить теоретические знания по ВБИ?"

- 25 человек ответили да (100%)

После проведенного анкетирования можно отметить,

- Что 4% респондентов не знают, что такое ВБИ, 16% анкетируемых считают, что это заболевание только пациентов; и 80% персонала ответили, что это заболевание, полученное пациентами в стационаре, а также заболевание медицинского работника в связи с его профессиональной деятельностью.
- 20% респондентов считают, что источником ВБИ является пациент и медицинский персонал; 80% анкетируемых знают, что источником ВБИ в нейрохирургическом отделении является не только пациент, медицинский персонал, но и инструментарий.
- 80% респондентов знают, что основной путь передачи в отделении является гематогенный, контактный.

- 4% анкетируемых ответили, что они не знают, механизмов передачи ВБИ и 80% респондентов знают механизмы передачи ВБИ (фекально-оральный, воздушно капельный, контактный).
- 100% респондентов ответили положительно на вопрос о журнале аварийных ситуаций (это говорит о том, что персонал имеет представление о мероприятиях по профилактики профессионального заражения); у100% анкетируемых были в их профессиональной практике аварийные ситуации (уколы, порезы) и 80% респондентов проводят правильные мероприятия по профилактике профессионального заражения.
- 100% респондентов ответили, что необходимо повышать знания о ВБИ.

Исходя из выше сказанного, следует, что, после проведенного анкетирования, можно сделать вывод, что уровень профессиональной подготовки медработников хороший, но, не смотря на это, ВБИ все равно остается актуальной проблемой для нейрохирургического отделения и что необходимо повышать знания о ВБИ.

3.2. Рекомендации по совершенствованию знаний о ВБИ в нейрохирургическом отделении

Анализ теоретических подходов и оценка результатов исследования являются достаточным основанием для вывода то, что одним из направлений профилактики ВБИ является систематическое обучение персонала, поскольку недостаточный уровень знаний средних медицинских работников по профилактике ВБИ обуславливает неправильное выполнение профилактических мероприятий. Профилактика внутрибольничная инфекция жизненно необходима, так как ВБИ часто сводит на "нет" усилия медицинского персонала, направленные на выздоровление пациента, ослабляет его иммунитет. При этом медицинской сестре отводится одна из важнейших ролей в процессе профилактики ВБИ. Это подчеркивает о необходимость разработки комплекса практических рекомендаций для

медицинского персонала нейрохирургического отделения ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница.», с целью повышения знаний и умений по профилактике внутрибольничной инфекции.

1. В связи с тем, что важную роль в профилактике ВБИ играет средний медицинский персонал, как основной организатор, исполнитель и ответственный контролер особое место стоит отводить изучению функциональных обязанностей по контролю над соблюдением в ЛПУ санитарно-гигиенического, противоэпидемического, дезинфекционного и стерилизационного режимов.

2. Провести внеочередную учебу по санэпидрежиму, возможно силами наиболее опытных сотрудников совместно с эпидемиологом больницы. Более целенаправленной и глубокой подготовке поспособствует выполнение научно-практических работ. Обучение в группах различных специалистов поможет лучше понять проблемы, стоящие перед коллективом, всесторонне их обсудить и разработать тактику системного подхода к организации профилактики и борьбы с ВБИ. Краткосрочные семинары, тематические разборы помогут сохранить преемственность в подготовке персонала по профилактике ВБИ.

3. Уделять больше внимания обучению молодых специалистов навыкам проведения мероприятий по профилактики ВБИ и периодически проводить тестовый контроль знаний и оценку умений по профилактике ВБИ.

4. Нужно проводить контроль над обеспечением подразделений средствами профилактики ВБИ.

5. Стоит активизировать санитарно-просветительную работу через средства массовой информации, направленную на повышение медицинской грамотности жителей г. Архангельска по вопросам профилактики внутрибольничной инфекции.

6. Особое внимание нужно уделить перегрузке работы койки, с 2013 по2015 гг показатель увеличился с 295 на 390, это является

неблагоприятным фактором, и ведет к возникновению внутрибольничной инфекции.

7. Укомплектованность кадрами в нейрохирургическом отделении нужно повысить до 100%, так как укомплектованность средним и младшим медперсоналом не полная, особенно не хватает санитаров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования ряда литературных источников показали, что профилактика ВБИ, и инфекционная безопасность медицинского персонала является не просто актуальной, но и жизненно необходимой, так как ВБИ часто сводит на "нет" усилия медицинского персонала, направленные на выздоровление пациента, ослабляет его иммунитет. В настоящее время существует проблема осуществления мероприятий по профилактике ВБИ в стационарах, связанная с недостатком финансирования всех лечебных учреждений.

Покупка дезинфицирующих средств, утилизация одноразовых шприцев и игл, утилизация отходов, обследование медицинского персонала – всё это требует определённых материальных затрат и лечебным учреждениям приходится экономить зачастую на этих очень важных для профилактики ВБИ вещах. Но следует отметить, что очень многое зависит от человеческого фактора, т.е соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качественное проведение дезинфекции, предстерилизационной обработки, стерилизации и уборок.

Проанализированы показатели работы нейрохирургического отделения за три года, проведена оценка комплекса мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции, проводимой персоналом отделения, анкетированием выявлены знания персонала о профилактике ВБИ, и разработаны практические рекомендации по профилактике ВБИ.

В результате проделанной работы сделаны следующие выводы:

ВЫВОДЫ

1. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) в РФ, как и во всем мире, представляют собой актуальную медицинскую и социально-экономическую проблему. Согласно официальной статистике, ВБИ ежегодно поражают 8 % госпитализированных больных, что составляет около 2 млн случаев в год. Сегодня, согласно определению ВОЗ, к ВБИ относят «любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, поражающее больного в результате его поступления в больницу или обращения в неё за лечебной помощью или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания вовремя пребывания в больнице или после выписки.

Присоединяющиеся ВБИ перечёркивают старания, потраченные на проведение наитруднейших операций, либо выхаживание новорождённых. Наслаиваясь на основное заболевание, ВБИ влияют на состояние организма: ведут к удлинению сроков исцеления, хронизации процесса, а в более тяжёлых вариантах – к смерти больного.

2. За три года в нейрохирургическом отделении количество коек уменьшилось с 45 до 30 и пролечено больных в 2013 больше на 21,9%, чем в 2014 и в 2015гг., но длительность работы койки за три года повысилась с 275 до 390 дней, оборот койки очень высокий. Среднее пребывание больного на койке повысилось на 3,0%. Общая летальность за три года увеличилась на 2,5%. Количество оперированных больных, в том числе по срочным показаниям в 2015 по сравнению с 2013 оказался выше на 32,2 %. Хирургическая активность за три года увеличилась на 28,0%. Увеличились, по сравнению с 2013 годом послеоперационные осложнения на 15,0%. Послеоперационная летальность в 2013 оказалась выше, чем в 2014 на 25,0%, и практически одинакова по сравнению с 2015 годом.

Основными нозологическими группами пациентов, определяющими работу нейрохирургического отделения в 2013, являются тяжелые пациенты

с травмами и с последствиями травм центральной нервной системы, их количество составило 52,8 % и заболевания нервной системы 47,1% от общего количества пациентов по нозологии. В 2015 году количество пациентов с травмами центральной нервной системы уменьшилось на 8,3%, а с заболеваниями нервной системы увеличилось на 8,4%.

3. При анализе сестринских манипуляций за 3 года установлено, что больше всего из манипуляций было в/м. инъекции 51,3%, перевязок – 18,5%, в/в инъекции – 14,1%. ПХО ран за три года –мна одном уровне 9,4%,подготовка к исследованиям и операциям – 6,5%.

Не смотря на уменьшение количества коек, количество сестринских манипуляций за три года увеличилось на 1,05%.

Укомплектованность средним и младшим медперсоналом 94 и 81%.

3. При анализе проводимого инфекционного контроля в отделении, можно отметить, что медицинским персоналом нейрохирургического отделения проводится весь объем мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции, о чем свидетельствуют хорошие результаты контроля качества обработки инструментов, отрицательные результаты смывов с окружающей среды, нормальная обсемененность воздуха в помещении, и отсутствие осложнений.

Значительная роль отводится безопасности самих медицинских работников, при выполнении ими своих профессиональных обязанностей (использование защитной одежды, одноразовых перчаток, защитных очков, одноразового белья).

4. На основании полученных данных анкетирования, проанализирован уровень теоретической и практической подготовки медицинских работников нейрохирургического отделения по профилактике ВБИ; Можно отметить, что 4% респондентов (санитарка) не знают что такое ВБИ, 16% анкетируемых считают, что это заболевание только пациентов; и 80% персонала ответили, что это заболевание, полученное пациентами в стационаре, а также заболевание медицинского работника в связи с его профессиональной

деятельностью, 20% респондентов считают, что источником ВБИ является пациент и медицинский персонал; 80% анкетируемых знают, что источником ВБИ в нейрохирургическом отделении является не только пациент, медицинский персонал, но и инструментарий, 80% респондентов знают, что основной путь передачи в отделение является гематогенный, контактный и знают механизмы передачи ВБИ, проводят правильные мероприятия по профилактике профессионального заражения. У 100% анкетируемых были в их профессиональной практике аварийные ситуации (уколы, порезы) и все респонденты согласны, что необходимо повышать знания о ВБИ.

5. Разработаны практические рекомендации для среднего медицинского персонала нейрохирургического отделения ГБУЗ АО «Архангельская Областная Клиническая Больница».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В связи с тем, что важную роль в профилактике ВБИ играет средний медицинский персонал, как основной организатор, исполнитель и ответственный контролер особое место стоит отводить изучению функциональных обязанностей по контролю над соблюдением в ЛПУ санитарно-гигиенического, противоэпидемического, дезинфекционного и стерилизационного режимов.

2. Нужно провести внеочередную учебу по санэпидрежиму, возможно силами наиболее опытных сотрудников совместно с эпидемиологом больницы. Более целенаправленной и глубокой подготовке поспособствует выполнение научно-практических работ. Обучение в группах различных специалистов поможет лучше понять проблемы, стоящие перед коллективом, всесторонне их обсудить и разработать тактику системного подхода к организации профилактики и борьбы с ВБИ. Краткосрочные семинары, тематические разборы помогут сохранить преемственность в подготовке персонала по профилактике ВБИ.

3. Старшей сестре уделять больше внимания обучению молодых специалистов навыкам проведения мероприятий по профилактики ВБИ и периодически проводить тестовый контроль знаний и оценку умений по профилактике ВБИ.

4. Нужно проводить контроль над обеспечением подразделений средствами профилактики ВБИ.

5. Стоит активизировать санитарно-просветительную работу через средства массовой информации, направленную на повышение медицинской грамотности жителей г. Архангельска по вопросам профилактики внутрибольничной инфекции.

6. Особое внимание нужно уделить перегрузке работы койки, с 2013 по 2015 гг показатель увеличился с 295 до 390, это является

неблагоприятным фактором, и ведет к возникновению внутрибольничной инфекции.

7. Укомплектованность кадрами в нейрохирургическом отделении повысить до 100%, так как укомплектованность средним и младшим медперсоналом не полная, особенно не хватает санитаров.