Министерство здравоохранения Алтайского края
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
«Барнаульский базовый медицинский колледж»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Автор дипломной работы: Кислицина Екатерина Георгиевна

Специальность, группа: Сестринское дело, 401 группа

Руководитель работы: Новикова Наталья Евгеньевна

Допустить к защите
«__»_____2023 г.

Заместитель директора
по учебной работе
_____ М.Г. Мелешко

Дипломная работа защищена
«__»_____2023 г.

_____оценка

Председатель ГЭК
_____Т.В. Миронова

Барнаул, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ..... 3

I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ..... 5

1.1 Понятие об инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи.....5

1.2 Инфекционный контроль и инфекционная безопасность.....10

1.3 Организационно-правовое обеспечение деятельности по проведению профилактики ИСМП..... 13

1.4 Роль медицинской сестры в профилактике ИСМП.....16

1.5 Профилактика профессионального заражения медицинского персонала.....17

1.6 Особенности организации профилактики ИСМП.....24

1.7 Роль гигиены рук в профилактике передачи ИСМП.....28

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ..... 41

2.1 Характеристика КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 1» г. Барнаул..... 41

2.2 Характеристика гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 1».....43

г. Барнаул..... 43

2.3. Мероприятия по профилактике ИСМП в гинекологическом отделении.....45

2.4. Профилактика парентеральных инфекций.....47

2.5. Организация и проведение режимных мероприятий в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП.....49

2.6. Проведение дезинфекционных мероприятий.....51

2.7. Сбор, хранение, утилизация медицинских отходов.....52

2.8. Обработка рук медперсонала.....55

2.9. Оценка знаний медицинских сестер по ИСМП и её профилактики.....57

2.10. Исследование удовлетворенности пациентов соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в гинекологическом отделении.....60

ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... 63

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....65

ПРИЛОЖЕНИЯ.....67

ВВЕДЕНИЕ

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (или нозокомиальные) инфекции - инфекционные заболевания, связанные с пребыванием, лечением, обследованием и обращением за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение. Присоединяясь к основному заболеванию, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ухудшают течение и прогноз болезни.

Проблема ИСМП — одна из актуальных в современном здравоохранении в связи с высокой заболеваемостью, смертностью и летальностью, а также с причиняемым выраженным социально-экономическим и моральным ущербом. В мире от ИСМП в среднем страдают от 5 до 15% госпитализированных пациентов, в некоторых отделениях (высокого риска, прежде всего хирургических) показатель инфицирования доходит до 40%. Ежегодно в России, по данным официальной статистики, регистрируется около 25–30 тыс. случаев ИСМП (0,7–0,8 на 1000 пациентов). Эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2,5–3,0 млн человек, а экономический ущерб от них составляет около 300 млрд рублей в год.

Увеличение числа учреждений здравоохранения, создание новых видов медицинского оборудования, применение новейших препаратов с иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди больных и персонала.

Совершенствование методов диагностики позволяет узнавать не изученные ранее особенности эпидемиологии, казалось бы, известных инфекций (вирусный гепатит В) и выявлять новые нозологические формы инфекций, относящихся к ИСМП (вирусные гепатиты С, D, F, G, СПИД, болезнь легионеров и др.). В связи с этим приоритетное место в концепции

профилактики ИСМП, утвержденной Минздравом России, принадлежит системе эпидемиологического надзора, предусматривает слежение за заболеваемостью и факторами, ее обусловливающими, а также за качеством и эффективностью проводимых мероприятий.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры в профилактике ИСМП в условиях стационара.

Предмет исследования: организация деятельности медицинской сестры по профилактике ИСМП в условиях стационара, на примере гинекологического отделения КГБУЗ ККБСМП.

Цель исследования: проведение анализа знаний и деятельности медицинской сестры по профилактике ИСМП в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть нормативно-правовую базу проведения профилактики ИСМП.
2. Раскрыть роль медицинской сестры как основного звена в профилактике ИСМП.
3. Проанализировать знания медицинских сестер о профилактике ИСМП в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП.
4. Подготовить предложения и раздаточный материал для медицинской сестры в осуществлении мероприятий по организации безопасной больничной среды в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП.

Метод исследования: описательный.

I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1 Понятие об инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, поражают 5–10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности. По данным официальной статистики, в России ежегодно регистрируется примерно 30 тысяч случаев ИСМП, однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2–2,5 млн человек. В числе данных случаев 15% – это гнойно-септические инфекции (ГСИ) новорожденных, около 16% ГСИ – у оперированных больных.

В зависимости от действия различных факторов частота возникновения ИСМП колеблется. Некоторые группы пациентов особенно уязвимы: новорожденные, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, лица, подвергающиеся агрессивным и инвазивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и т. п. В этих группах показатели заболеваемости ИСМП значительно выше.

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2–3 раза дольше, чем больные без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка, в 3–4 раза возрастает стоимость лечения, и в 5–7 раз – риск летального исхода. Экономический ущерб, причиняемый ИСМП, значителен: по самым скромным подсчетам, в РФ эта цифра может достигать 10–15 млрд рублей в год (для сравнения – ежегодный экономический ущерб от ИСМП в Европе составляет примерно 7 млрд евро, в США – 6,5 млрд долларов). ИСМП

существенно снижают качество жизни пациента, приводят к потере репутации учреждения здравоохранения.

Впервые в нашей стране на государственном уровне основные направления профилактики внутрибольничных были сформулированы в 1999 г. в программном документе «Концепция профилактики внутрибольничных инфекций», разработанном академиком РАМН В. И. Покровским.

В рамках новой национальной концепции была изменена терминология: вместо «внутрибольничные инфекции» эта группа инфекций получила другое название.

Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция. Внутрибольничные инфекции (далее - ВБИ) - понятие собирательное, включающее различные нозологические формы.

В зарубежной литературе для обсуждения проблемы перехода к новой терминологии используется термин «Healthcare associated infections – HAIs», что в переводе означает «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи» (ИСМП). Этот термин, являясь более точным, в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ и нормативных документах большинства стран мира.

Таким образом, ИСПМ – это единый объединяющий термин для обозначения группы инфекций, в который трансформировалось современное представление о внутрибольничных инфекциях (ВБИ). В соответствии с

современными международными подходами, закрепленными в документах ВОЗ и многих стран, а также в результате всестороннего обсуждения отечественными специалистами, принято наиболее оправданным определить ВБИ как инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, что является аналогом зарубежного термина «health care-associated infections»(HALs).

Понятие ИСМП, рекомендованное в принятой концепции, соответствует терминологии ВОЗ и способствует гармонизации отечественных нормативных документов с международными требованиями.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) - это любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, которое поражают больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) - случаи инфекций, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.).

К ИСМП также относятся:

- инфекционное заболевание у родителя или другого законного представителя, госпитализируемого для осуществления ухода за несовершеннолетним пациентом, приобретенное им в УЗ больничного типа;

- инфекционное заболевание у работника УЗ, приобретенное им в результате осуществления профессиональной деятельности.

В противоэпидемической практике важно разграничивать ИСМП и заносной случай инфекционного заболевания.

Заносной случай инфекционного заболевания — инфекционное заболевание, проявившееся или выявленное у пациента в УЗ, но приобретенное до обращения за медицинской помощью.

К заносу инфекции следует относить:

- инфекционное заболевание у родителя или другого законного представителя, госпитализируемого для осуществления ухода за несовершеннолетним пациентом, приобретенное им до поступления в лечебное учреждение;

- инфекционное заболевание у работника лечебного учреждения, не связанное с его профессиональной деятельностью.

Проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением госпитальных штаммов возбудителей ИСМП, обладающих тотальной резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что существенным образом влияет на качество лечения пациентов и эффективность профилактических мероприятий. При этом, как правило, случаи ИСМП связаны с нарушениями требований санитарных правил и нормативов, санитарно- противоэпидемического и дезинфекционно-стерилизационного режимов.

ИСМП чаще всего встречаются у людей с ослабленным иммунитетом. Конечно, у всех больных в той или иной степени снижены защитные функции организма, но есть лица, которые наиболее восприимчивы. К ним относятся: пожилые люди; новорожденные; пациенты с тяжелым течением основной патологии, хроническими и множественными сопутствующими заболеваниями и т.п.

Среди возбудителей ИСМП могут оказаться более 300 микроорганизмов, как в монокультурах, так и в их сочетаниях. Между тем в этиологической структуре ИСМП существуют 3 группы микроорганизмов:

1. патогенные (шигеллы, стрептококки, вирусы гриппа, кори и так далее). Они провоцируют болезнь при попадании в организм человека, невзирая на иммунитет.

2. условно-патогенные возбудители ИМСП (факультативные, облигатные; стафилококки, протей, синегнойная палочка, уреаплазма, анаэробные бактерии; вызывают септические и гнойно-некротические заболевания).

3. оппортунистические (пневмоциста, возбудители вирусного гепатита В и С, ВИЧ-инфекция).

Существуют несколько естественных путей передачи ИСМП:

- воздушно-капельный,

- воздушно-пылевой,

- пищевой,

- водный,

- контактный,

- трансплацентарный,

- родовой.

Пути передачи ИСМП, определяемые как последствия оказанных диагностических и лечебных манипуляций, являются искусственными. Искусственными путями передачи ИСМП считаются инфицирование при переливании крови, контактным путем с руками персонала или средствами ухода за пациентами и заражение через инструменты.

1.2 Инфекционный контроль и инфекционная безопасность

Инфекционная безопасность в лечебных учреждениях в первую очередь подразумевает соблюдение санэпидрежима. Понятие инфекционной безопасности в медорганизациях рассматривается в двух аспектах: как система управления биологическими факторами риска с целью их устранения, ослабления или преодоления спровоцированных ими последствий и как совокупность профилактических мероприятий, направленных на недопущение распространения опасных инфекционных заболеваний среди пациентов и персонала больниц и поликлиник.

К признакам, свидетельствующим об инфекционном неблагополучии в учреждении здравоохранения, относятся:

- более длительное пребывание больных в стационаре;
- увеличение числа зарегистрированных случаев гнойно-септических инфекций одной клинической формы;
- возникновения двух и более связанных между собой инфекционных патологий;
- рост количества послеоперационных гнойно-септических осложнений;
- рост количества малых оперативных вмешательств;
- рост числа младенцев с ВУИ;
- увеличение числа пациентов с гипертермическим синдромом;

- увеличение случаев инфекционно-воспалительных заболеваний среди работников клиники.

Основные принципы инфекционной безопасности в учреждениях здравоохранения:

- к любому пациенту следует относиться как к потенциальному источнику инфекции;
- гигиеническая обработка рук – обязательное условие до надевания и после снятия перчаток вне зависимости от цели их использования;
- использование перчаток обязательно при контакте со слизистыми оболочками больного и при контакте с использованным инструментарием;
- при наличии риска разбрызгивания биологических жидкостей обязательно используются защитные очки;
- загрязненные средства индивидуальной защиты подлежат замене;
- колпачки на использованные иглы не надеваются;
- больной с ВБИ должен содержаться отдельно от других пациентов;
- пациенты с устойчивым к метициллину и ванкомицину штаммом Staphylococcus aureus должны быть изолированы от других больных;
- в ходе операций должен использоваться только стерильный шовный материал;
- для наркозной аппаратуры должны использоваться только одноразовые стерильные бактериальные фильтры;
- для каждой перевязки медсестра перевязочного кабинета накрывает отдельный стерильный стол;
- очередность перевязок зависит от класса чистоты ран пациентов;
- постановка сосудистых катетеров и уход за ними – компетенция специально обученного персонала (врачей);
- мочевой катетер устанавливается только в стерильных одноразовых перчатках;

- повторное использование изделий, на заводской упаковке которых указано «для однократного применения» строго запрещено.

Как обеспечить инфекционную безопасность медицинского персонала на рабочих местах:

1. Качественному обеспечению инфекционной безопасности медицинского персонала способствует соблюдение правила защиты работников ЛПУ на рабочем месте.
2. Все емкости и контейнеры, предназначенные для проведения дезинфекции или удаления использованных материалов и инструментов, должны иметь четкую маркировку.
3. Все острые инструменты и средства индивидуальной защиты должны быть освобождены непосредственно пред началом медицинской процедуры.
4. Инструменты и оборудование подвергаются стерилизационной и дезинфекционной обработке непосредственно после использования.
5. Острые и колющие предметы хранятся в специально предназначенных для этого контейнеров безопасности, которые располагаются на расстоянии вытянутой руки и на уровне глаз.
6. Контейнеры для сбора игл и острых предметов должны освобождаться своевременно.
7. Средства индивидуальной защиты медицинского персонала должны храниться в доступном месте (так, чтобы работники могли без проблем взять их) и обязательны для использования во время проведения инвазивных процедур и оперативных вмешательств.
8. Состав и состояние любых средств индивидуальной защиты (водонепроницаемые повязки разных размеров для работников со ссадинами и травмами кожи, устойчивые к проколам стерильные и нестерильные перчатки всех размеров, маски, респираторы, бахилы, приспособления для защиты органов зрения и др.) подлежит строгому контролю.

9. Персонал лечебного учреждения обязан содержать свое рабочее место в чистоте и порядке. Исправность рабочего оборудования, техники и других устройств должна постоянно проверяться.

10. Руководитель информируется о необходимости замены средств индивидуальной защиты в случае обнаружения их непригодности и выявлении дефектов, а также о выходе из строя медицинского оборудования, технических устройств и освещения.

Инфекционная безопасность пациента и медицинского персонала обеспечивается выполнением следующих правил:

1. Спецодежда носится исключительно в отведенных для этого местах.

2. Запрещено носить спецодежду вне основных помещений.

3. Спецодежда хранится в специально отведенных индивидуальных шкафах отдельно от одежды и личных предметов работников.

4. Защитные перчатки надеваются обязательно, если предстоит манипуляция, связанная с прямыми или случайными контактами с кровью или другими биологическими средами, а также при обращении с предметами и объектами, загрязненными кровью или другими потенциально опасными биоматериалами.

5. При подозрении на нарушении целостности перчаток их следует немедленно снять и заменить новыми.

6. Руки рекомендуется мыть после каждой проведенной процедуры и в конце рабочей смены.

7. Для того, чтобы защитить лицо и глаза от попадания брызг зараженного биологического материала, а также от ультрафиолетового излучения и искусственной радиации, рекомендовано использовать защитные очки.

1.3 Организационно-правовое обеспечение деятельности по проведению профилактики ИСМП

Основные принципы организации и осуществления мероприятий по профилактике ИСМП изложены в Федеральном законе No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральном законе No 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Общие междисциплинарные подходы к профилактике инфекций в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, представлены в Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденной 6 ноября 2011 г. главным государственным санитарным врачом РФ.

В ее основе — современные научные данные о закономерностях возникновения и распространения ИСМП, эпидемиологической безопасности медицинских технологий, обеспечения должного качества медицинской помощи населению. В настоящее время проводится активная работа по разработке, с учетом Концепции, новых нормативных, правовых и методических документов федерального уровня.

Требования по обеспечению эффективной профилактики ИСМП, их локализации и ликвидации и адекватные меры реагирования на возникающую в конкретных случаях ситуацию содержатся в нормативно- правовых актах министерств и ведомств. В их числе:

- приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. No 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. No 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (в т. ч. представлено положение о враче-эпидемиологе).

Свод требований к организации профилактики ИСМП был представлен в документах санитарного законодательства — санитарно- эпидемиологических правилах и нормативах (СанПиН) и санитарно- эпидемиологических правилах (СП):

СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» от 28.01.2021г.

СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда».

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно- противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания».

СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»;

СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно—эпидемиологические требования, предъявляемые к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность» (отменен).

СанПиН 2.1.7.2790—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (отменен).

СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».

СП 3.1.3263—15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах».

1.4 Роль медицинской сестры в профилактике ИСМП

Своевременное выявление случаев ИСМП – функция лечащего врача. Но в этом ему должна помогать медицинская сестра, которая раньше врачей может выявить начало острого инфекционного заболевания (лихорадка, сыпь, диарея, гиперемия в области раны).

С участием и под контролем медсестры проводится влажная уборка помещений, генеральная уборка отделений, режимных кабинетов, кварцевание кабинетов, проветривание.

От качества проведения медсестрой дезинфекции, предстерилизационной очистки и обработки медицинских инструментов многоразового использования зависит результат стерилизации и самой процедуры.

Медсестра сама должна тщательно соблюдать правила личной гигиены и требует этого от своих пациентов.

В вопросах профилактики ИСМП младшему и среднему медперсоналу отводится основная главенствующая роль – организатора, ответственного

исполнителя, а также контролера. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно- гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ИСМП.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ИСМП и сохранить здоровье пациентам.

1.5 Профилактика профессионального заражения медицинского персонала

Заражение медработника может происходить во время выполнения лечебно-диагностических манипуляций, а также при сборе и утилизации отходов ЛПУ в случае травматизации (порез, укол, повреждение кожи обломками кости и др.) и загрязнении кожи и слизистых оболочек биологическими жидкостями больного, содержащими вирусы парентеральных гепатитов, ВИЧ.

Медицинскому персоналу следует помнить и применять следующие правила безопасности:

В медицинских учреждениях все пациенты должны рассматриваться как потенциально инфицированные, поэтому при оказании медицинской помощи необходимо постоянно:

- обеспечивать защиту поврежденной кожи или открытых ран лейкопластырем или водонепроницаемыми повязками;

- использовать латексные перчатки в случаях, когда ожидается контакт с кровью или другими биологическими жидкостями организма, со слизистыми оболочками и поврежденной кожей. Во время работы перчатки обрабатывать

70% спиртом или другими дезинфектантами, после снятия повторно не использовать;

- мыть руки с мылом немедленно после контакта с кровью или биологическими жидкостями организма;

- защищать лицо – марлевой повязкой, глаза – очками или щитком при риске разбрызгивания инфицированного биологического материала;

- обрабатывать поверхность рабочих столов, загрязненных кровью, немедленно дез. раствором, имеющимся в наличии с использованием моющего средства дважды с интервалом в 15 минут;

- запрещать пипетирование ртом. Засасывание в капилляры производить только с помощью резиновых груш;

- не допускать надевание защитных колпачков на одноразовые иглы после их использования;

- шприцы, иглы и катетеры сразу после использования помещают в специальный непрокалываемый контейнер для дезинфекции и утилизации;

- иметь на рабочем месте аптечки и достаточное количество дезинфицирующих средств.

Хранить аптечки в легко доступном месте. Контроль над правильным хранением возлагается на заведующего отделением.

На основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 года № 1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи,

специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи», СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» от 28.01.2021г., Приказа Министерства Здравоохранения Алтайского края от 26.08.2020г. №366 «Об организации мероприятий по профилактике инфицирования ВИЧ-инфекции у медицинских работников»:

Комплектация лекарственными препаратами и медицинскими изделиями «Укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций» для оказания первичной медико-социальной помощи, скорой медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи:

1. Этанол, раствор для наружного применения 70% - 100,0 мл;

2. 5% спиртовой раствор йода для наружного применения;

3. Бинт марлевый медицинский стерильный (5м * 10см) - 2шт.;

4. Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см * 7,2 см) - 3 шт.;

5. Салфетка марлевая стерильная (не менее 16 см * 14 см) - 10 шт..

Аварийная ситуация – нештатная ситуация, при которой создается реальная возможность выделения патогенного агента в воздух производственной зоны, окружающую среду или заражения персонала.

В случае уколов или пореза:

- вымыть руки, не снимая перчаток проточной водой с мылом;

- снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и сбросить их в дезинфицирующий раствор;

- помыть руки с мылом под проточной водой;

- высушить руки одноразовым полотенцем или салфеткой;

- обработать рану 70% раствором этилового спирта;

- обработать 5% спиртовым раствором йода;

- на рану наложить бактерицидный пластырь;

- при необходимости продолжать работу – надеть новые одноразовые перчатки.

При попадании крови или других биологических жидкостей на халат, одежду:

- одежду снять и замочить в дезинфицирующем растворе;

- загрязнённую обувь двукратно протереть тампоном, смоченным в растворе дезинфицирующего средства.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожу рук и других участков тела, при загрязнении через одежду:

- снять одежду;

- протереть 70% раствором этилового спирта кожу рук и другие участки тела;

- промыть водой с мылом и повторно протереть 70% раствором этилового спирта.

При попадании крови и других биологических жидкостей пациента в глаза, на слизистую рта и носа:

- глаза незамедлительно промыть проточной водой, не тереть;

- промыть рот, губы и нос большим количеством проточной воды.

При аварии во время работы на центрифуге:

Крышку центрифуги необходимо открывать медленно и только спустя 40 минут после остановки. Все центрифужные стаканы и разбитое стекло поместить в дезинфицирующий раствор на 2 часа, внутреннюю и наружную поверхность центрифуги и крышки обработать дезинфицирующим раствором.

При попадании материала на инвентарь:

- пол, стены, мебель, оборудование – загрязненное место двукратно обработать ветошью, смоченной в дезрастворе с интервалом в 15 минут; использованную ветошь положить в емкость с дезинфицирующим средством.

Риск заражения определяется:

- ВИЧ-статус пациента и стадия заболевания (при острой ВИЧ-инфекции или поздней стадии заболевания в крови больше вируса и риск заражения выше;

- Прием пациентом АРВТ (при проведении которой риск заражения ниже);

- Степень контаминации заразным материалом инструмента (инъекционная игла опаснее, чем игла хирургическая);
- Степень нарушения целостности кожных покровов и слизистых (риск выше при глубоком внутримышечном повреждении, порезы менее опасны по сравнению с колотыми и рваными ранами);

- Своевременная обработка раневой поверхности.

Правила специфической профилактики профессионального заражения вирусами гепатитов В и С.

- Обязательное проведение профилактических прививок против ВГВ медицинским работникам, ранее не привитым против гепатита В.

- С целью снижения риска заболевания специфическая иммунизация против ВГВ медработникам проводится 3-х кратно по схеме 0-1-6 т.е. через 1 и 6

месяцев после первой прививки. Подлежат все медработники, не имеющие противопоказаний к проведению профилактических прививок.

Мероприятия при локализации и ликвидации последствий аварии.

- Поставить в известность заведующего отделением, лабораторией или лицо, его замещающее, и принять меры по ликвидации последствий аварии.

- Проведение первичной медицинской само- или взаимопомощи.

- Регистрация в журнале аварийных ситуаций с указанием даты, времени, места, характера аварии (подробное описание аварийной ситуации, использование средств индивидуальной защиты (СИЗ), соблюдение правил техники безопасности), лиц, находившихся на месте аварии, а также проведенные мероприятия.

- Обязательный забор крови для лабораторного исследования на ВИЧ и вирусные гепатиты в течение первого часа от момента травмы. Доставка в лабораторию диагностики СПИД должна быть в течение 3-х часов, а сыворотки крови – в течение 7 суток при хранении в холодильнике. Эти лабораторные исследования будут необходимы при решении вопроса о профессиональном характере заражения.

- Составляется АКТ о повреждении и загрязнении кожных покровов и слизистых биоматериалом при проведении лечебно-диагностических манипуляций больным в 5 экз. в соответствие с изменениями в СанПИН 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» от 27.10.2016 г. (для пострадавшего, работодателя, ТУ Роспотребнадзора, центра профессиональной патологии, и страховщика). Результаты лабораторного обследования на момент аварии сохраняются вместе с актом.

- Пострадавший медработник незамедлительно отправляется к инфекционисту КИЗ поликлиники по месту жительства на консультацию и для постановки на «Д» учет или в ОЦПС.

Стандартная схема постконтактной профилактики (ПКП) заражения ВИЧ: лопинавир/ритонавир (калетра) + зидовудин/ламивудин (комбивир) в течение 1 месяца. Возможна коррекция схемы ПКП, прием меньшего числа препаратов после консультации со специалистами КГБУЗ "АКЦПБ со СПИДом".

Диспансерное наблюдение:

- Диспансерное наблюдение проводится в течение 1 года с лабораторным исследованием крови на ВИЧ-инфекцию 1 раз через 3, 6, 9, 12 месяцев.

- Снятие с диспансерного учета производится при наличии 3-х отрицательных результатов обследования, на усмотрение врача-инфекциониста.

- Врач-инфекционист КИЗа о каждом случае взятия медработника на «Д» учет и назначения посттравматической химиопрофилактики в обязательном порядке сообщает в областной центр профилактики СПИД с указанием паспортных данных, характера аварии и перечня назначенных антиретровирусных препаратов (какие, сколько, откуда получены).

- В период диспансерного наблюдения при получении первого положительного результата лабораторного исследования методом ИБ врач-инфекционист направляет данного медработника в ОЦПС для уточнения диагноза и стадии заболевания.

- Социальная поддержка лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей.

Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленным законодательством РФ;

- обязательному социальному страхованию от несчастного случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством РФ.

1.6 Особенности организации профилактики ИСМП

План проведения профилактических мероприятий появления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, включает в себя следующие важные элементы:

1. Формулировка в нормативных документах учреждения требований к выполнению мер по предупреждению распространения инфекций в стационаре;
2. Предоставление средств для проведения профилактики;
3. Выделение время для корректировки рабочего процесса.
4. Проведение образовательных мероприятий для персонала;
5. Проверка приведения в исполнение программы профилактики.

Всякий локальный нормативный акт медицинского учреждения не должен входить в противоречие с существующими государственными нормативными документами, и решение о проведении профилактики должно приниматься исходя из имеющихся факторов. Основание для проведения

профилактических мер в медицинском учреждении предоставляет врач-эпидемиолог на основе проведенного анализа.

Для того чтобы проведение профилактических мероприятий появления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи было наиболее эффективным, специалистам учреждения необходимо постоянно осведомляться о последних исследованиях в этой области. После этапа подготовки документов руководству нужно выделить время для последовательной реализации мер профилактики. Эти сроки во многом определяются уровнем квалификации сотрудников, обеспеченностью необходимыми ресурсами.

Результативность проведения профилактических программ в медучреждениях оценивают специалисты, проводящие независимую проверку. Осуществляются проверочные мероприятия в пять этапов:

- подготовительный этап;

- установление критериев оценки;

- произведение оценки программы;

- модернизация программы;

- сохранение положительной динамики развития.

Контроль и проверка профилактики ИСМП в лечебном учреждении:

Прежде всего, необходимо разобраться, для чего существуют проверки по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи:

- Вынесение решения о проведении профилактических мероприятий на основе эпидемиологического заключения.

- Подготовка проектов, препятствующих распространению ИСМП.

- Организация и контроль мероприятий со стороны главного врача.

- Согласование действий персонала отделения.

- Сотрудничество с государственными санитарно-эпидемиологическими службами.

Любые контрольные мероприятия будут проводиться в соответствии со следующими этапами:

1. Во время подготовки формулируются цели проверки, производится подготовка специалистов, устанавливаются нормы проведения профилактики, назначаются надлежащие меры поощрения и наказания.
2. Установление критериев оценки. Установленные критерии должны иметь доказательную базу, быть научно обоснованными и поддаваться подсчету. Для составления руководства по проведению проверки задействуются различные специалисты, производится подбор соответствующих инструментов проверки (анкеты, опросный лист и др.).
3. Произведение оценки программы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, осуществляется экспертной группой из 2-4 специалистов из разных областей. Прежде чем начать проверку, представители группы поясняют сотрудникам медучреждения поставленные перед ними задачи. Обычно оценку начинают с самых элементарных и несложных программ. Сбор данных производится исходя из порядка проведения проверки описанного в руководстве, с последующим внесением данных в бланки анкет. Применяются различные способы оценки, в числе которых просмотр документации, наблюдение, анкетирование сотрудников и пациентов, интервью с открытыми вопросами, тайное опрашивание. В любом случае проверка должна осуществляться с благожелательным настроем и в соответствии с этическими нормами. Рассмотрение результатов оценки носят конфиденциальный характер. Доклад с заключением о проверке и предложениями по улучшению профилактических программ передается руководству медицинского учреждения.

4. Модернизация программы профилактики включает:

- слаженные последовательные действия персонала в выполнении рекомендаций экспертной группы;

- выявление недостатков в организации рабочего процесса и работа над их исправлением;

- восполнение пробелов в образовании сотрудников;

- распространение обучающих материалов.

5. Сохранение положительных результатов. Преобразования нуждаются в постоянном контроле качества как со стороны руководства организации, так и внешних структур. На основании анализа результатов изменений предпринимаются меры поощрения или наказания. В законе № 323-ФЗ сказано, что в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, внутренний контроль качества должен проводиться в установленном руководством порядке. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности надлежит выполнять федеральным органам исполнительной власти. Согласно СанПиН 2.1.3678-20 контроль над исполнением санитарных правил выполняется органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. СанПиН 2.1.3678-20 (действует с 1 января 2021 года)

Система инфекционного контроля за ИСМП по новым правилам:

Система инфекционного контроля за ИСМП и дальнейшая проверка медицинских учреждений - привычное нам явление, которое не должно повлиять на работу в том случае, если в организации осуществляется качественный внутренний контроль.

К системе инфекционного контроля за ИСМП над работой нужно готовить не только сами медучреждения, но и специалистов, отвечающих за его проведение, в противном случае результаты могут быть необъективными, а

крупные нарушения останутся не замеченными, что приведет к снижению качества обслуживания посетителей.

Алгоритм контроля и выявления случаев ИСМП может быть следующим:

1. Главный врач клиники согласовывает перечень заболеваний, оцениваемых в ЛПУ как ИСМП;

2. Определяются стандартные процедуры, алгоритмы действий медработников по профилактике, лечению и извещению о случаях ИСМП;

3. Устанавливается алгоритм анализа случаев ИСМП и дальнейшей профилактической работы на основании полученных данных.

В обязательном порядке лечащий врач при подозрении у пациента ИСМП передает сведения главврачу клиники. А в саннадзор подается извещение по форме 058/у.

1.7 Роль гигиены рук в профилактике передачи ИСМП

Данные из разных стран свидетельствуют, что частота соблюдения гигиены рук варьирует в разных странах и больницах и составляет от 16,5% до 84,9%.

Анализ факторов, влияющих на соблюдение гигиены рук сестринского персонала в поликлинике показал, что к ним относятся:

- в повседневной практике большее внимание уделяется медицинской процедуре, чем обработке рук;

- не использование перчаток сестринским персоналом, заблуждения – использование перчаток заменяет необходимость обработки рук;

- низкий уровень соблюдения правил гигиены рук;

- отсутствие знаний существующих рекомендаций и нормативных документов по данной проблеме;

- недостаточное количество времени для гигиены рук у сестринского персонала;

- переполненность стационаров;

- высокая рабочая нагрузка сестринского персонала, дефицит рабочего времени для обработки рук;

- недостаточное обеспечение сестринским персоналом в отделениях;

- дефицит раковин для мытья рук или неудобное расположение дозаторов;

- средства для гигиены рук вызывают раздражение и сухость кожи;

- персонал не знает о существовании протокола по обработке рук;

- бытует мнение, что “все так делают”;

- заблуждения – персонал не верит в возможность распространения микроорганизмов через руки.

Больше трети российских медработников не всегда моют руки до и после контакта с больными, гигиена рук чаще соблюдается «после контакта с пациентом» (93%) и реже – «до асептических процедур» (39%). Как правило, врачи реже соблюдают гигиену рук, чем другой медицинский персона.

Гигиена рук является необходимой мерой при контактных мерах предосторожности, однако исследования показали, что гигиена рук соблюдалась до надевания халата / перчаток 37,2%; надевания защитной одежды 74,3%; перчаток 80,1%; снятия халата / перчаток 80,1%; после утилизации халата / перчаток 61%.

Краеугольным камнем в гигиене рук является использование перчаток. Было показано, что использование перчаток неуместно в 69 из 163 (42%)

эпизодов, перчатки обычно использовались ненадлежащим образом для процедур с низким уровнем риска (34/37; 92%). В 60 из 163 (37%) эпизодов использования перчаток существовала опасность перекрестного загрязнения, большинство из которых (48%) были связаны с неспособностью снять перчатки или с невыполнением гигиены рук после их использования.

Руки становятся факторами передачи в следующих обстоятельствах:

- при уходе за одним пациентом из одного локуса организма в другой

- при уходе за несколькими пациентами - от одного пациента к другому

- при контакте с контаминированными пациентом объектами внешней среды

- при контакте с объектами внешней среды, контаминированными другим медицинским персоналом

- при контакте контаминированными руками с медицинским оборудованием (инструментарием, медикаментами), особенно со стерильными

- при контакте с собой / средствами индивидуальной защиты

Исходя из этого общие требования к гигиене рук медицинского персонала сводятся к следующим (1) до контакта с пациентом, (2) до чистых/асептических процедур, (3) после ситуации, связанной с риском контакта/контактом с биологическими жидкостями, (4) после контакта с пациентом, (5) после контакта с предметами из окружения пациента, (6) после контакта «с собой»/средствами индивидуальной защиты.

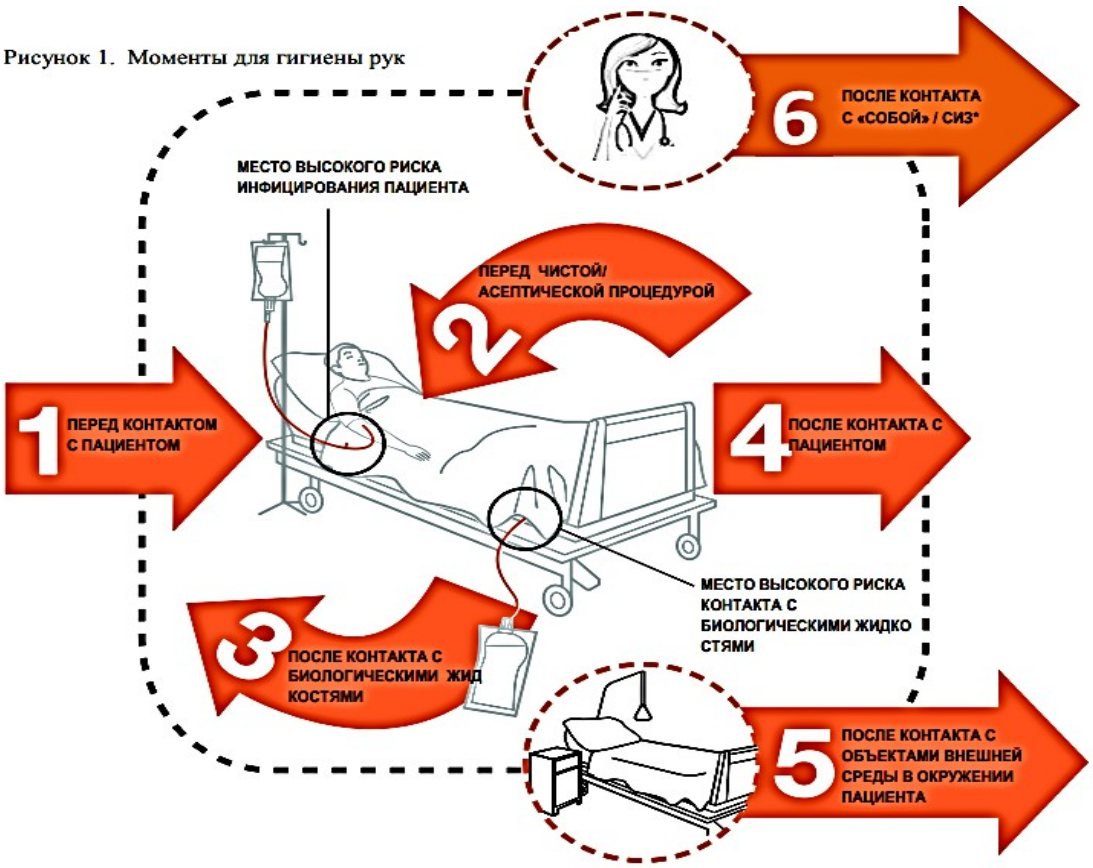


Рисунок 1. - Моменты для гигиены рук

При этом необходимо соблюдать следующие требования:

До контакта с пациентом:

Данное показание предназначено для защиты (предотвращения инфицирования/колонизации) пациента от потенциально опасных микроорганизмов, находящихся на руках медицинского персонала.

После выполнения гигиены рук «до контакта с пациентом» нельзя прикасаться к любым объектам внешней среды. Если контакт с пациентом требует надевания перчаток, то гигиена рук проводится до надевания перчаток. Перчатки надеваются на полностью высохшие/высушенные руки. После надевания перчаток нельзя прикасаться к любым объектам внешней среды.

До чистых/асептических процедур:

Данное показание предназначено для защиты от проникновения в организм пациента потенциально опасных микроорганизмов, в том числе через опосредованный контакт при контаминации стерильных объектов внешней среды (оборудования, инструментария, материалов).

Данное показание выполняется непосредственно перед контактом с биотопами, с которым связан риск инфицирования пациента (например, слизистые оболочки, поврежденная кожа, инвазивное медицинское устройство). Гигиена рук «до чистых/асептических процедур» подразумевает выполнение гигиены рук при любых действиях, требующих соблюдения асептики, например, приготовление внутривенных растворов.

После ситуации, связанной с риском контакта/контактом с биологическими жидкостями:

Данное показание предназначено для защиты медицинского персонала от колонизации или инфицирования потенциально опасными микроорганизмами пациента и предотвращения контаминации внешней среды ЛПУ.

Данное показание выполняется сразу после завершения процедуры, связанной с риском контакта с биологическими жидкостями (и после снятия перчаток). Гигиена рук «после ситуации, связанной с риском контакта/контактом с биологическими жидкостями» требуется в любом случае, когда был возможен данный контакт, например, опорожнение мочеприемника. Если контакт был в перчатках, то гигиену рук необходимо провести после снятия перчаток. Перчатки должны быть сняты и утилизированы сразу после возможного контакта, не касаясь любых объектов внешней среды.

После контакта с пациентом:

Данное показание предназначено для защиты медицинского персонала от колонизации или инфицирования потенциально опасными микроорганизмами пациента и предотвращения контаминации внешней среды ЛПУ.

Гигиена рук «после контакта с пациентом» проводится непосредственно в месте оказания медицинской помощи (место, где встречаются три элемента: пациент, медицинский работник и уход или лечение, включающее контакт с пациентом и/или его/ее окружением). До проведения гигиены рук нельзя прикасаться к любым объектам внешней среды, включая объекты в окружении пациента.

Если контакт требовал применения перчаток, то гигиену рук необходимо провести после снятия перчаток. Перчатки должны быть сняты и утилизированы сразу после контакта, не касаясь любых объектов внешней среды.

После контакта с предметами (объектами внешней среды) из окружения пациента:

Данное показание предназначено для защиты медицинского персонала от колонизации или инфицирования потенциально опасными микроорганизмами, которые могут присутствовать на поверхностях/предметах в окружении пациента и предотвращения контаминации внешней среды ЛПУ.

Гигиена рук «после контакта с предметами (объектами внешней среды) из окружения пациента» проводится во всех случаях, когда медицинский работник дотрагивался до объектов внешней среды в окружении пациента, даже если при этом не было контакта с пациентом, например, смена постельного белья.

После контакта с «собой»/средствами индивидуальной защиты:

Данное показание предназначено для защиты медицинского персонала от колонизации или инфицирования и предотвращения контаминации внешней среды ЛПУ потенциально опасными микроорганизмами, которые могут присутствовать на средствах индивидуальной защиты персонала, а также для защиты от проникновения в организм пациента потенциально опасных микроорганизмов со слизистых оболочек носа и полости рта персонала и предотвращения контаминации ими внешней среды ЛПУ.

Гигиена рук «после контакта с собой» проводится во всех случаях, когда персонал дотрагивался до средств индивидуальной защиты (защитный халат, фартук, маска, респиратор и пр.) руками без перчаток. А также при контаминации рук со своих слизистых рта и носа.

По своей сути, все действия по гигиене рук преследуют две цели:
1. Удаление грязи и транзиторной микрофлоры. Для этой цели применяется мытье рук с мылом и водой.
2. Уничтожение транзиторной микрофлоры, снижение численности резидентной микрофлоры. Для этой цели применяются антисептические вещества (антисептики). В настоящее время именно безводный антисептик является препаратом выбора для рутинной обработки рук медицинского персонала

Рекомендации по мытью рук:

- Мойте руки с мылом и водой, когда они явно загрязнены, запачканы кровью или другими биологическими жидкостями, или после посещения туалета. Мойте руки с мылом и водой, когда вы сомневаетесь в их чистоте.

- Если экспозиция к потенциальным спорообразующим патогенам велика (предполагается или доказана), включая случаи вспышек C.difficile, мытье рук мылом и водой является предпочтительной мерой.

- Используйте спиртовой антисептик для гигиены рук в качестве предпочтительной меры во всех прочих клинических случаях, описанных ниже, если вы не сомневаетесь в чистоте рук. Если спиртовой антисептик для гигиены рук недоступен, вымойте руки с мылом с водой.

- Выполняйте гигиену рук:

- до и после контакта с пациентом;
- до того, как прикоснуться к инвазивному устройству для ухода за пациентом, независимо от того, используете вы перчатки или нет;
- после контакта с биологическими жидкостями или выделениями, слизистыми оболочками, неповрежденными участками кожи или повязкой;
- если при осмотре одного пациента вы переходите от контаминированного участка тела к неконтаминированному;
- после контакта с предметами (включая медицинское оборудование) из ближайшего окружения пациента;
- после снятия стерильных или нестерильных перчаток;
- после контакта «с собой» - касания носа, прикрывания рта при кашле и чихании, контакта с медицинской одеждой;
- после снятия средств индивидуальной защиты (защитная одежда, маски, респиратора и пр.);
- до входа и перед выходом из палаты.

- До работы с медикаментами или приготовления еды выполняйте гигиену рук, используя спиртовой антисептик для рук, или вымойте руки с обычным или антимикробным мылом и водой.

- Мыло и спиртовой антисептик для гигиены рук не должны быть использованы одновременно.

- Не носите искусственные или наращённые ногти при прямом контакте с пациентами.

- Ваши ногти должны быть короткими (кончик меньше 0.5см).

При гигиенической обработке рук следует соблюдать определенную технику, поскольку специальные исследования показали, что при проведении гигиены рук определенные участки кожи остаются контаминированными. Так, при гигиене рук чаще всего пропускаются следующие участки кожи: кончики пальцев (наиболее контаминированы, т.к. все действия осуществляются при помощи кончиков пальцев); межпальцевые промежутки, большой палец (редко подвергаются воздействию при проведении гигиены рук). Таким образом, техника гигиены рук предусматривает обработку всех участков кожи рук.

Техника для антисептики рук указана на Рисунке 2.

Техника мытья рук описана на Рисунке 3.



Рисунок 2. Техника гигиенической антисептики рук

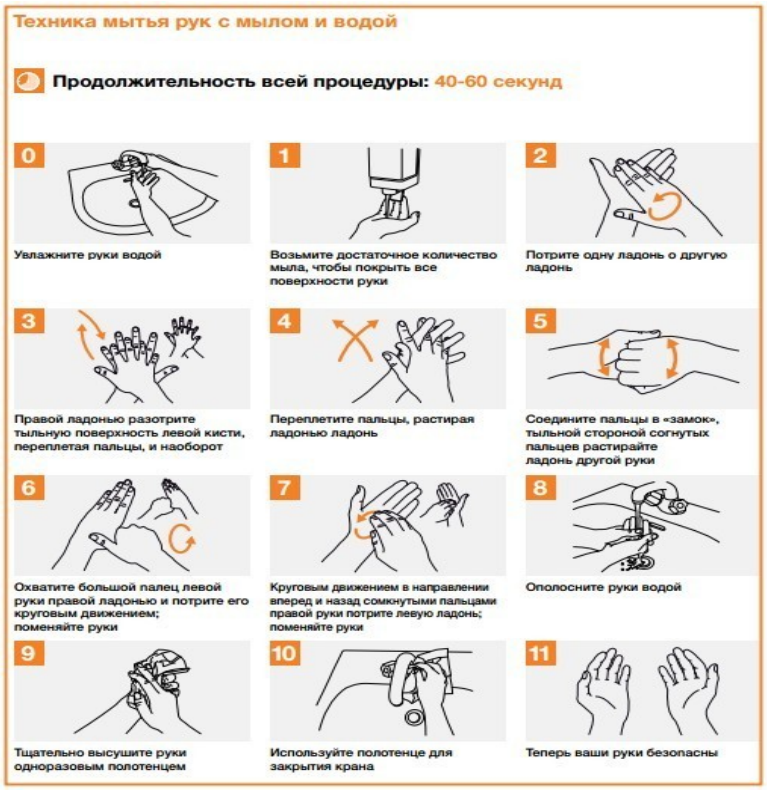


Рисунок 3. - Техника мытья рук с мылом и водой

При выборе продукта для гигиены рук:

- определите, существует ли какое-либо взаимодействие между средствами, используемыми для очистки рук, средствами по уходу за кожей и типами используемых перчаток в данном учреждении;

- получите информацию от производителей о риске контаминации продукта;

- убедитесь, что дозаторы доступны в местах оказания медицинской помощи;

- убедитесь, что дозаторы работают правильно и надежно и дозируют необходимое количество средства;

- узнавайте и оценивайте информацию от производителей о любой реакции, которая может возникнуть при использовании лосьонов, кремов и спиртовых антисептиков для рук в сочетании с антимикробным мылом, используемым в вашем учреждении;

- сравнение стоимости возможно только для средств, которые соответствуют требованиям эффективности, кожной переносимости и приемлемости.

Важно использование медицинских перчаток.
Перчатки защищают и пациента, и медицинский персонал от потенциально опасных микроорганизмов, поэтому их следует использовать при проведении всех манипуляций, которые могут быть связаны с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями (включая контакт со слизистыми оболочками и поврежденной кожей), а также при применении контактных мер предосторожности и во время вспышек.

Стерильные перчатки необходимо использовать при любых манипуляциях, при выполнении которых возможен контакт со стерильными зонами организма, например:

- любые хирургические процедуры;

- инвазивные рентгенологические процедуры;

- доступ к сосудам и манипуляции с ним (центральная линия);

- катетеризация мочевого пузыря;

- приготовление препаратов для парентерального питания и химиотерапевтических средств.

Нестерильные перчатки необходимо использовать в случаях:

- соблюдения стандартных мер предосторожности

- риск контакта с кровью и другими биологическими жидкостями, секретами, экскретами и поврежденной кожей, с предметами, явно ими загрязненными;

- соблюдения контактных мер предосторожности - при непосредственном (прямом) контакте с пациентом - возможное наличие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов у пациента;

- непрямой контакт с пациентом - опорожнение емкостей с рвотными массами;

- обработка/очистка инструментов; утилизация отходов; очистка мест, на которые были пролиты биологические жидкости.

Перчатки не следует использовать в ситуациях (за исключением контактных мер предосторожности):

- отсутствие контакта с кровью или биологическими жидкостями, а также с объектами внешней среды, контаминированными ими;

- измерение артериального давления, температуры и пульса;

- подкожные и внутримышечные инъекций;

- мытье и переодевание пациента;

- транспортировка пациента;

- уход за глазами и ушами (при отсутствии выделений);

- любые манипуляции с сосудистыми системами при отсутствии крови в системе;

- использование телефона;

- заполнение историй болезни;

- раздача пероральных медикаментов;

- раздача или сбор подносов с едой;

- постановка неинвазивного вентиляционного оборудования и кислородных канюль;

- перемещение мебели пациента.

Повреждения кожи и неблагоприятное влияние на кожу являются одними из главных причин несоблюдения гигиены рук. Во избежание этого персонал

должен быть информирован о возможном негативном влиянии средств гигиены рук, о заблуждениях по поводу негативного влияния, обеспечен средствами для ухода за кожей рук, обучен их использованию.

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Характеристика КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 1» г. Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» - старейшее лечебное учреждение Алтайского края, основанное 19 марта 1897 года. В настоящее время больница – это многопрофильный стационар на 521 койку, 21 реанимационную койку и травмпункт.

Основные задачи больницы:

- своевременное оказание экстренной специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим жителям Алтайского края круглосуточно, в соответствии с профилем имеющихся лечебно-диагностических отделений;

- постоянная готовность к взаимодействию с КГУЗ «Краевой центр медицины катастроф», в случае «ЧС» при массовом поступлении пострадавших;

- оказание методической помощи лечебным учреждениям Алтайского края в качестве ведущего учреждения по оказанию скорой медицинской помощи на госпитальном этапе;

- консультативно-диагностическая помощь жителям Алтайского края по профилям травматология, хирургия, нейрохирургия, кардиология и гинекология;

- подготовка высококвалифицированных медицинских кадров.

В составе больницы:

- лечебно-диагностический корпус №1;

- лечебно-диагностический корпус №2;

- лечебно-диагностический корпус №3;

- административный корпус;

- пищеблок;

- гараж.

В профильных отделениях больницы размещены краевые центры:

- тяжелой сочетанной травмы

- травмы кисти

- артрологии и эндопротезирования крупных суставов

- вертебрологический

- экстренный нейротравматологический

Больница является единственным травмоцентром первого уровня в Алтайском крае. КГБУЗ ККБСМП является клинической базой кафедр Алтайского государственного медицинского университета:

- факультетской хирургии им. проф. И. И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом хирургии ДПО (зав. кафедрой проф. Шойхет Я. Н.);

- урологии и андрологии с курсом ДПО (зав. кафедрой проф. Неймарк А.И.);

- акушерства и гинекологии с курсом ДПО (зав. кафедрой проф. Ремнева О.В.);

- анестезиологии, реаниматологии и клинической фармакологии с курсом ДПО (зав. кафедрой проф. Неймарк М. И.);

- факультетской терапии и профессиональных болезней (зав. кафедрой проф. Осипова И.В.);

- общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. кафедрой проф. Цеймах Е.А.).

- общей и биологической химии, клинической лабораторной диагностики (зав. кафедрой к.м. н. Кореновский Ю.В.)

В клинике проходят производственную практику учащиеся ББМК и студенты АГМУ. Больница является центром подготовки и повышения квалификации медицинских работников Алтайского края. Сотрудниками больницы совместно с АГМУ ведется научно-исследовательская работа по основным проблемам клинической медицины. В настоящее время в больнице работает более тысячи человек, в том числе около 200 врачей, из них: 3 доктора и 19 кандидатов медицинских наук; более 400 медицинских сестер. Половина врачей и средних медицинских работников имеют высшую квалификационную категорию. В клинике трудится 7 Заслуженных врачей РФ, 2 Заслуженных работника здравоохранения РФ, Отличника здравоохранения РФ – 21 человек. КГБУЗ ККБСМП является организатором научно-практических конференций и симпозиумов краевого, общероссийского и международного уровней.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Адрес места нахождения: 656038, г. Барнаул, пр. Комсомольский, 73.

Тел.: (3852) 66-95-21.

2.2 Характеристика гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 1»

г. Барнаул

Коечная мощность отделения – 60 коек.

В отделении оказывается специализированная помощь ургентным пациентам с гинекологической патологией, беременным с внебольничными септическими и самопроизвольными выкидышами при наличии признаков интоксикации, в сроке беременности до 22 недель, беременным с

неразвивающейся беременностью и антенатальной гибелью плода, пациенткам с постабортными эндометритами.

Прием пациентов проводится круглосуточно.

Специалисты отделения оказывают консультативную, лечебную и организационно-методическую помощь пациентам в других отделениях больницы.

Отделение является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Ремнева О.В.

Перечень основных операций, выполняемых в отделении

Операции при ургентной патологии:

- Внематочная беременность;

- Апоплексии яичника;

- Осложненная доброкачественная опухоль яичников;

- Воспалительные заболевания придатков и матки;

- Миома матки;

- Аденомиоз;

- Осложнения позднего послеродового периода

Плановые операции:

- Миома матки;

- Эндометриоз;

- Доброкачественные образования придатков;

- Бесплодие;

- Хирургическая стерилизация

Гистероскопия, гистерорезектоскопия при различной внутриматочной патологии:

- Полипы эндометрия;

- Синехии полости матки;

- Субмукозные миомы матки

2.3. Мероприятия по профилактике ИСМП в гинекологическом отделении

Все профилактические мероприятия по предупреждению возникновения и распространения ИСМП в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП осуществляются согласно нормативной документации.

В соответствии с требованиями статьи № 212 Трудового кодекса РФ и Федерального закона № 90-ФЗ от 19.05.2010г «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», в первый рабочий день до начало работы нового сотрудника, инженер по технике безопасности проводит первичный инструктаж по технике безопасности, пожарной безопасности, гражданской обороне, правилам внутреннего трудового распорядка и должностным инструкциям, а также проводит инструктаж с сотрудниками отделения 2 раза в год, с заполнением необходимой учетно-отчетной документации. Заведующий отделением проводит внеплановые инструктажи в случае введения новых инструкций, стандартов, правил или если сотрудник нарушил требования безопасности труда, должностных инструкций, правил внутреннего распорядка. Данные мероприятия позволяют снизить риск несчастный случаев на рабочем месте.

Весь медицинский персонал ежегодно проходит обязательные периодические медицинские осмотры, в соответствии Приказа МЗ и СР РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры.":

- клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой
- биохимический анализ: определение содержания в сыворотке крови глюкозы, холестерина
- клинический анализ мочи
- ЭКГ
- цифровую флюорографию или рентгенографию в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) легких
- мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка (один раз в 6 месяцев)
- осмотр дерматовенеролога, оториноларинголога, стоматолога и инфекциониста (по рекомендации)
- осмотры врача-терапевта, врача-психиатра и врача-нарколога.

Все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследований не реже 1 раза в год; женщины в возрасте старше 40 лет проходят 1 раз в 2 года маммографию или УЗИ молочных желез.

Иммунизация инфекционных заболеваний проводится в соответствии Национальным календарем прививок, утвержденным Приказом Минздрава России от 21.03.2014 N 125н, а также по эпидемиологическим показаниям.

Вакцинация проводится в соответствии с требованием СанПиНа 2.1.3.2630-10. У каждого медработника имеется прививочный сертификат, где регулярно делается отметка о проведенной прививке.

Весь медицинский персонал отделения обеспечен комплектами сменной одежды: халатами или костюмами. Смена одежды осуществляется ежедневно и по мере загрязнения.

Данные мероприятия в КГБУЗ ККБСМП проводятся в полном объеме, согласно регламентирующими приказами, что позволяют снизить риск возникновения и распространения ИСМП среди медработников и от медработника к пациенту.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом санитарно-гигиенического режима может предотвратить профессиональную заболеваемость сотрудников и внутрибольничное инфицирование пациентов.

2.4. Профилактика парентеральных инфекций

Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты B, C, D.

Для профилактики возникновения гемоконтактных инфекций медицинский персонал соблюдает технику безопасности при работе с острыми и колющими инструментами. Инъекционные иглы после использования снимаются со шприца с помощью иглосъемника (Рисунок 4), после чего автоматически погружаются в дезраствор, после заполнения на ¾ контейнер закрывается и утилизируется как медицинские отходы «Класса Б». Исключение составляет, когда медсестра убирает систему для капельного вливания в палате, использованная игла «втыкается» в капельницу, что повышает риск возникновения прокола.



Рисунок 4. Иглосъемник.

В процедурном кабинете имеется укладка для помощи при состояниях угрожающих жизни и для экстренной профилактики ВИЧ-инфекции (Рисунок 5), в которых старшая медсестра регулярно контролирует укомплектованность и сроки годности лекарственных препаратов. Состав новой укладке для оказания первичной медико-санитарной помощи при возникновении аварийной ситуации укомплектован согласно Приказу МЗ РФ от 9 января 2018 г. N 1н. При возникновении аварийной ситуации медперсонал заполняет Журнал аварийной ситуации, сообщает дежурному врачу отделения, проводит первичные мероприятия.

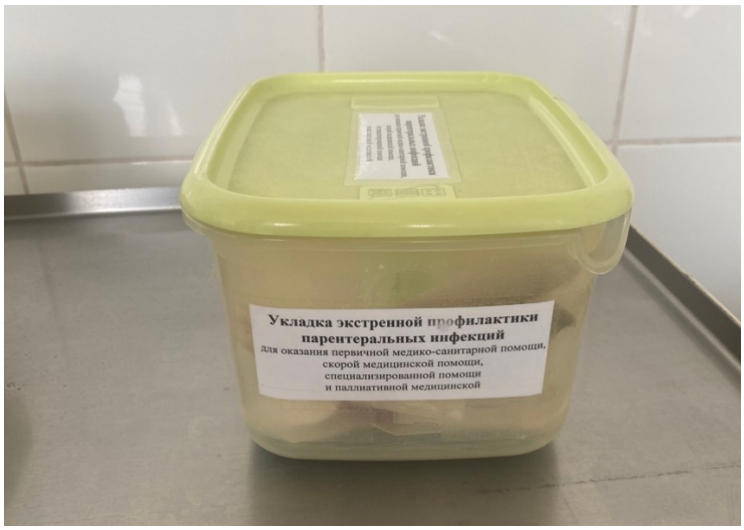


Рисунок 5. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций.

За время прохождения мной преддипломной практики аварийных ситуаций не возникало.

При взятии крови пациента, при постановке инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных), проводила обработку инъекционного поля с помощью спиртосодержащего антисептика. Обеззараживание кожи провожу последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком.

2.5. Организация и проведение режимных мероприятий в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП

Работа в отделении требует особого соблюдения персоналом режимных моментов - регулярности и тщательности проведения текущих, генеральных уборок, обязательной дезинфекции отработанного материала, одноразового инструментария перед их утилизацией, личной защиты и правил техники безопасности.

Влажная и генеральная уборка проходит по графику с дезинфицирующим средством «БиаЛайтПлюс». Весь уборочный инвентарь (ведра, швабры и др.) имеют четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, используются строго по назначению. Уборочный инвентарь хранится в

отдельных шкафах с маркировкой «Уборочный инвентарь», содержится в чистоте и после каждой уборки подвергается дезинфекции.

Воздух обеззараживается в течение 30 минут с помощью кварцевых ламп: в палатах – настенные (Рисунок 6), в коридорах – передвижным (Рисунок 7) 1 раз в день, в процедурном и перевязочном кабинетах – после каждой уборки.



Рисунок 6. Настенная кварцевая лампа.



Рисунок 7. Передвижная кварцевая лампа.

В отделении еженедельно старшей медсестрой берутся смывы на стерильность с медицинского инструментария и перевязочного материала, посевы с оборудования на бактериологическое исследование, а также, для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по

поводу постоперационных осложнений любого генеза. Один раз в квартал проводится исследование бактериологической обсемененности объектов больничной среды эпидемиологической службой.

За время практики заполняла журналы учета генеральных уборок и кварцевания палат, коридоров, постов и процедурных кабинетов.

2.6. Проведение дезинфекционных мероприятий

Использованные инструменты медицинского назначения многоразового применения, а так же одноразового применения и перевязочный материал, рабочие поверхности подлежат дезинфекции.

Дезинфекция осуществляется в емкостях-контейнерах для дезинфекции (объем 1, 3, 5 литров) с плотно прилегающей крышкой, путем полного погружения инструмента с заполнением всех каналов и полостей в разобранном или открытом виде. На крышке каждой емкости указывается название дезинфектанта, его % - концентрация, дата приготовления, срок годности рабочего раствора, для каких целей применяется раствор: «Дезинфекция предметов ухода за больными (таблетницы)», «Дезинфекция предметов ухода за больными (станки)», «Дезинфекция предметов ухода за больными (кружка Эсмарха)» и др. При проведении дезинфекции, изделия медицинского назначения погружают в 0,06% раствор Фарма-Хлор (Рисунок 8), с экспозицией 30 минут, с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружаю в разобранном виде, поверхности протираются двукратно 0,015% раствором Фарма-Хлор. Для дезинфекции крови, фекалий пациентов ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами используется 0,06% Тритихлор (Рисунок 9), с экспозицией 45 минут.



Рисунок 8. Фарма-Хлор.



Рисунок 9. Тритихлор.

При прохождении практики я регулярно готовила рабочие растворы согласно Методическим рекомендациям.

2.7. Сбор, хранение, утилизация медицинских отходов

К работе с медицинскими отходами всех классов допускаются только лица, достигшие 18-летия, перед работой прошедшие инструктаж по безопасности и медицинский осмотр.

В отделении хорошо отработана систематизированная схема сбора и утилизации медицинских отходов: классов «А», «Б», «В» и «Г»:

Отходы Класса А – эпидемиологические неопасные отходы отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов;

- мебель, инвентарь, неисправное диагностическое оборудование, не содержащие токсических элементов;
- неинфицированная бумага, смет, и т.д.

Сбор отходов класса А осуществляется в одноразовые пакеты. Пакеты для сбора отходов класса А — имеют белую окраску.

Класс Б – эпидемиологические опасные отходы:

- материалы и инструменты, загрязненные выделениями в т.ч. кровью;
- органические операционные отходы (органы, ткани и т.п.).

Все отходы класса Б, образующие в отделении собираются в одноразовую герметичную упаковку желтого цвета. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) закрепляется на специальных стойках (тележках).

Класс В – чрезвычайно эпидемиологические опасные отходы:

- материалы и инструменты, загрязненные выделениями в т.ч. кровью инфицированного больного;
- органические операционные отходы (органы, ткани и т.п.) инфицированного больного.

Все отходы класса В, образующие в отделении, после дезинфекции собираются в одноразовую герметичную упаковку красного цвета. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) закрепляется на специальных стойках (тележках).

Класс Г – токсические отходы, по своему составу близкие к промышленным:

- просроченные лекарственные средства;
- отходы от лекарственных и диагностических препаратов;
- дезсредства, не подлежащие использованию, с истекшим сроком годности;
- ртутьсодержащие предметы (термометры).

Отходы класса Г собираются в емкости черного цвета.

На Рисунке 10 изображены все виды пакетов для сбора и хранения медицинских отходов в КГБУЗ ККБСМП.



Рисунок 10. Пакеты для сбора и хранения медицинских отходов.

Временное хранение необеззараженных отходов класса Б осуществляется в специальных помещениях, куда запрещен доступ посторонним. Хранить в этом помещении отходы других классов запрещено. Если нужно хранить отходы дольше суток, используются холодильники. Максимальный срок хранения не может превышать трех суток.

Контейнеры с операционными, патологоанатомическими отходами хранятся в отдельной морозильной камере патологоанатомического отделения. Срок хранения патологоанатомических отходов 24 часа, после отходы вывозят на специальные полигоны захоронения или на сжигание.

В КГБУЗ ККБСМП определено ответственное лицо, которое контролирует движение отходов и имеет документы, подтверждающие, передачу медицинских отходов для вывоза и обеззараживания:

- технологический журнал учета отходов классов Б и В в структурном подразделении;
- журнал учета образования и движения ртутьсодержащих отходов.

На вывоз отходов класса А заключен договор со специализированной организацией, которая забирает и утилизирует отходы на полигонах ТБО. Упакованные в одноразовые пакеты отходы класса А утилизируются в мусоропровод, пищевые – в городскую канализацию, так как во внутренней канализации КГБУЗ ККБСМП установлен измельчитель.

Для вывоза отходов класса Б и В регулярно приобретаются сертификационные пакеты и ёмкости в соответствии СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с отходами». Все шприцы, одноразовый операционный иструментарий, перчатки, перевязочный материал, иглы - утилизируются без дезинфекции (исключение отходы после больных туберкулезом), согласно договора № Ф2017.561046 от 20.12.2017 года с ООО «Оникс ГПД». Данный метод утилизации высвобождает значительную часть времени для работы с пациентами и документацией.

Один раз, в месяц заведующий отделения проводит инструктаж со средним и младшим персоналом по СанПиН 2.1.3684-21

Работу с отходами во время прохождения практики осуществляла в перчатках, маске, многоразовые емкости для сбора отходов ежедневно дезинфицировала, после обрабатывала руки с мылом, после класса Б – с антисептиком.

2.8. Обработка рук медперсонала

Большое значение в работе медсестер имеет обработка рук, целью которой является удаление микроорганизмов, обеспечение инфекционной безопасности пациента и высокого уровня чистоты и личной гигиены. В процедурном кабинете и на посту есть раковина, локтевой дозатор с жидким мылом и кожным антисептиком (Рисунок 11). С целью повышения качества обработки рук, стены в коридоре отделения оборудованы держателями с раствором антисептика.



Рисунок 11. Место для обработки рук.

Используются медицинские латексные перчатки во всех случаях возможного контакта с кровью или другими биологическими субстратами. Одну пару перчаток медицинские сестры используют при контакте (для ухода) только с одним пациентом. Если в процессе контакта произошло загрязнение перчаток кровью или другими выделениями пациента, то перед тем как снять перчатки, убираются видимые загрязнения салфеткой смоченной 0,015% раствором Фарма Хлор. Затем снимают перчатки и утилизируют в «Медицинские отходы. Класс Б». Руки обрабатывают антисептиком Главсепт (Рисунок 12).



Рисунок 12. Кожный антисептик.

Контроль за проведением профилактики ИСМП в отделении гинекологии, а также работу по подготовке медсестер осуществляют старшая медсестра отделения и главная медсестра КГБУЗ ККБСМП.

Проведя анализ роли медсестры отделении гинекологии в профилактике ИСМП, делаю вывод, нарушений во время прохождения практики мной не выявлено, все требования СанПин 1.2.3685-21 выполняются средним медицинским персоналом в полном объеме.

2.9. Оценка знаний медицинских сестер по ИСМП и её профилактики

Профессиональные знания медсестер по профилактике ИСМП очень важны в их работе и позволяют им эффективно соблюдать санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в стационаре.

Меры предупреждения и основные направления профилактики ИСМП в стационарах постоянно уточняются и стоят в центре внимания специалистов. В стационарах ответственные за данный раздел работы ежедневно этот вопрос должны держать в поле внимания. Нами был выяснен уровень знаний медицинских сестер по данному вопросу.

В целях выявления знаний медицинских сестер о профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, было проведено тестирование (Приложение 1).

Тестирование прошли 10 медицинских сестер гинекологического отделения КГБУЗ ККБСМП.

В табл. 1 представлены данные по результатам, которое прошли медицинские сестры анонимно.

Табл.1 Результаты теста «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»

Вопрос	Правильный ответ	Неправильный ответ	Частично правильный ответ
Укажите все обстоятельства, при которых возможно развитие ИСМП	5(50%)	-	5(50%)
Укажите все формулировки, которые подходят под описание ситуации, когда врач-хирург в результате своей профессиональной деятельности был инфицирован вирусом гепатита С	4(40%)	-	6(60%)
Укажите все факторы, способствующие возникновению ИСМП	9(90%)	1(10%)	
Укажите все мероприятия в отношении факторов, путей и механизмов передачи возбудителя ИСМП	5(50%)	-	5(50%)
Укажите все мероприятия в отношении здорового человека (пациента, медицинского работника), предупреждающие развитие у него ИСМП	5(50%)	-	5(50%)
Когда была утверждена	4(40%)	6(60%)	-

Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи?			
При попадании крови пациента на слизистые ротоглотки медработника необходимо прополоскать	10(100%)	-	-
Наиболее уязвимые для ИСМП пациенты	6(60%)		4(40%)
Основными источниками возбудителя инфекции при ИСМП являются	6(60%)	2(20%)	2(20%)
Основными категориями источников возбудителя инфекции при ИСМП являются	6(60%)	-	4(40%)
По современным данным, наибольшую долю в структуре ИСМП составляют	5(50%)	2(20%)	3(30%)
Определение понятия ИСМП	9(90%)	1(10%)	-
К активным методам выявления ИСМП относятся	8(80%)	-	2(20%)
Гигиеническая антисептика рук проводится	5(50%)	1(10%)	4(40%)
Медицинские работники стационаров (отделений) гинекологического профиля обследуются на	10(100%)	-	-

ВИЧ			

По результатам тестирования медицинских сестер КГБУЗ ККБСМП гинекологического отделения нами было установлено, что по некоторым теоретическим вопросам им не хватает информации.

Тестирование медицинских сестер показало, что по вопросам индивидуальной защиты 100% тестируемых ответило правильно, по теоретическим вопросам около 40% тестируемых отвечали частично правильно и лишь 10% - ответили неверно. Из этого следует сделать вывод, что необходимо уделить больше внимания по приобретению необходимых теоретических знаний, что бы в дальнейшем можно было эффективнее проводить профилактику ИСМП.

2.10. Исследование удовлетворенности пациентов соблюдением санитарно- эпидемиологического режима в гинекологическом отделении

Одним из наиболее информативных методов оценки качества медицинской помощи являются социологические опросы пациентов. Мониторинг полученных результатов социологического исследования играет важную роль в получении оперативной информации, которая может быть использована в управлении работой многопрофильного стационара и принятии важных организационных решений.

Для исследования мнения пациентов о соблюдении санитарно-эпидемиологического режима в гинекологическом отделении, мы провели опрос 10 пациентов данного отделения. В исследование включались пациенты, которые находились в стационаре от 1 до 10 дней и которые выписывались в день проведения анкетирования или планировались к выписке на следующий день. (Приложение 2)

Табл.2 Опрос пациентов стационара для улучшения качества профилактики ИСМП

Вопрос	Положительный ответ	Отрицательный ответ
Сколько раз в день проводится уборка в палате?	10	-
Проводится ли кварцевание палаты?	10	-
Удовлетворены ли Вы состоянием и частотой смены белья?	8	2
Одевает ли медсестра перчатки когда ставит инъекцию или капельницу?	10	-
Обрабатывает ли медсестра вам место инъекции спиртом?	10	-
Одеваете ли вы маску выходя из палаты?	5	5
Проветривается ли палата в течении дня?	10	-
Как вы оцениваете чистоту ванных и туалетных комнат?	8	2
Как выглядят медсестры и санитарки?	10	-
Сколько времени на данный момент вы находитесь на лечении?	В среднем 3,5 дня	

По результатам опроса было выявлено, что пациенты в 50% случаев нарушают правило ношения защитной маски и тем самым подвергают себя большей вероятности заражения ИСМП.

Так же результаты опроса пациентов показал, что медицинские сестры гинекологического отделения профессионально подходят к вопросу о соблюдении санитарно- эпидемиологического режима в отделении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При прохождении практики в КГБУЗ ККБСМП в гинекологическом отделении и в ходе написания дипломной работы я узнала, что в учреждениях здравоохранения проводится не только значительная лечебно-диагностическая деятельность, но и весьма обширный комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленный на профилактику ИСМП, являющихся особой спецификой категорий болезней человека, связанных с получением больным того или иного вида медицинской помощи и являющихся результатом пребывания пациента в стационаре.

Мною была поставлена цель: проведение анализа деятельности, знаний и умений медицинской сестры в профилактике ИСМП в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП, и подготовка раздаточного материала для медицинской сестры по профилактике ИСМП.

Для достижения поставленной цели дипломной работы я решила следующие задачи:

1. Рассмотрела нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность медперсонала в профилактике ИСМП, а также мероприятия по инфекционному контролю и инфекционной безопасности.
2. Раскрыла роль медицинской сестры как основного звена в профилактике ИСМП и для достижения эффективного уровня обеззараживания кожи рук, их обработку.
3. Проанализировала проводимые мероприятия по профилактике ИСМП в гинекологическом отделении КГБУЗ ККБСМП, и роль медсестры в осуществлении данных мероприятиях.
4. Провела и проанализировала тестирование медицинских сестер гинекологического отделения КГБУЗ ККБСМП на тему «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».

5. Провела и проанализировала опрос пациентов гинекологического отделения КГБУЗ ККБСМП о соблюдении санитарно- эпидемиологического режима.

6. После проведенного анализа, предлагаю провести сестринскую конференцию с привлечением младшего медицинского персонала на тему «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Так же, составила памятку «Роль среднего медицинского персонала медицинских организаций в профилактике ИСМП» (Приложение 3)

В ходе практики я выявила, что в профилактике ИСМП в учреждениях здравоохранения медицинская сестра - основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность деятельности которой зависит от полученных в процессе обучения знаний и практических навыков по решению данной проблемы. Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ИСМП и сохранить здоровье пациентам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санитарные правила и нормы: СанПиН 2.1.3.2630-10.

2. Санитарные правила и нормы: СанПиН 3.1.5.2826-21.

3. Санитарные правила и нормы: СанПиН 3.3686-21.

4. Аверин А. В. Роль специалистов со средним медицинским образованием в профилактике ИСМП / А. В. Аверин. – (Вести Союза медицинских профессиональных организаций) // Сестринское дело. – 2019. – № 4. – С. 15-20.

5. Дубель Е. В. Контроль за ИСМП по новым требованиям: шесть ключевых задач медсестер / Е. В. Дубель. – (Санэпидрежим) // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 10. – С. 72-81 : табл.

6. Левина И. А. Роль медицинской сестры в профилактике ИСМП / И. А. Левина, А. В. Аверин, Г. М. Подопригора. – (Профилактика ИСМП) // Сестринское дело. – 2018. – № 5. – С. 40-41.

7. Материалы конференции "Новые технологии в диагностике, лечении и профилактике: ИСМП, инфекции, паразитозы", 12-14 апреля 2018г, Тюмень // Журнал МедиАль. – 2018. – №1 (21). – С. 30-51. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/materialy-konferentsii-novye-tehnologii-v-diagnostike-lechenii-i-profilaktike-ismp-infektsii-parazitozy-12-14-aprelya-2018g-tyumen (дата обращения: 03.05.2023).

8. Стрельченко О. В. Совершенствование сестринской деятельности на основе инновационных медицинских технологий / О. В. Стрельченко, Е. Ю. Орлова, В. М. Чернышев. – (Актуальная тема) // Медицинская сестра. – 2019. – № 3. – С. 16-19.

9. Тутельян А. В. От внутрибольничных инфекций до инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: научное развитие проблемы /

Тутельян А.В., Акимкин В.Г., Марьин Г.Г. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2019. – № 1. – С. 14-22.

10. Фетищева И. Контроль инфекций в стационаре: роль медсестры / И. Фетищева. – (Профилактика ИСМП) // Сестринское дело. – 2018. – № 4. – С. 34-37.

11. https://infourok.ru/vipusknaya-kvalifikacionnaya-rabota-studenta-gbpou-kmk-prepodavatel-gubkina-ib-549604.html (дата обращения: 28.05.2023).

12. https://cpkpp.ru/stati/voprosy-epidemiologii-i-profilaktiki-ismp/#:~:text=Предотвращение%20инфекций%2C%20связанных%20с%20оказанием,дому%2C%20в%20стационаре%20или%20санатории.(дата обращения: 28.05.2023).

13. https://dpoaps.ru/blog/profilaktika-ismp-v-medicinskoj-organizacii/(дата обращения: 28.05.2023).

14. https://melitta-uv.ru/apply/areas/problematika-infektsiy/ (дата обращения: 28.05.2023).

15. https://www.dirklinik.ru/article/348-profilaktika-ismp-v-meditsinskoy-organizatsii (дата обращения: 28.05.2023).

16. https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403236489/ (дата обращения: 28.05.2023).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Тест: «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»

1. Укажите все обстоятельства, при которых возможно развитие ИСМП.

А) Пренебрежение правилами антисептики (обработка рук и места инъекции антисептиком) со стороны медицинской сестры, которая выполняет внутримышечные инъекции у пациентов на дому; +

Б) Травма руки у медицинской сестры при отделении иглы от шприца;+

В) Общение здорового пациента с соседом по палате, больным ротавирусной инфекцией;+

Г) Травма ладони острым предметом у мужчины по дороге из поликлиники.

2. Укажите все формулировки, которые подходят под описание ситуации, когда врач-хирург в результате своей профессиональной деятельности был инфицирован вирусом гепатита С.

А) Травма в медицинской организации;

Б) Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи;+

В) Внутрибольничная инфекция;+

Г) Профессиональное заболевание.+

3. Укажите все факторы, способствующие возникновению ИСМП.

А) Ротация дезинфицирующих средств с учетом устойчивости к ним больничной флоры;

Б) Продолжительное лечение и последующая реабилитация пациента в стационарных условиях; +

В) Нерациональное применение противомикробных препаратов;+

Г) Все ответы верны.

4. Укажите все мероприятия в отношении факторов, путей и механизмов передачи возбудителя ИСМП.

А) Безопасное обращение с медицинскими отходами;+

Б) Широкое применение многоразовых изделий медицинского назначения;

В) Соблюдение правил гигиены рук в медицинской организации; +

Г) Проведение качественных и эффективных дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в медицинской организации с применением химических, физических и биологических методов.+

5. Укажите все мероприятия в отношении здорового человека (пациента,

медицинского работника), предупреждающие развитие у него ИСМП.

А) Вакцинация планового терапевтического больного на догоспитальном уровне;

Б) Периоперационная антибиотикопрофилактика;+

В) Предварительные и периодические медицинские осмотры среди сотрудников медицинской организации; +

Г) Оптимизация времени пребывания пациентов в стационаре.+

6. Когда была утверждена Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи?

А) 6 ноября 2011 года;+
Б) 10 декабря 2010 года;
В) 5 октября 2009 года.

7. При попадании крови пациента на слизистые ротоглотки медработника необходимо прополоскать

А) Рот и глотку большим количеством воды;+

Б) Дважды раствором фурацилина;

В) Однократно 2 % раствором перекиси водорода;

Г) Обработать слизистую тампоном смоченным 0,5% раствором хлоргексидина.

8. Наиболее уязвимые для ИСМП пациенты

А) Пожилые люди;+

Б) Пациенты с тяжелым течением основного заболевания и множественными сопутствующими заболеваниями;+

В) Пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивных медицинским манипуляциям;+

Г) Пациенты, подвергающиеся трансплантации органов;+

Д) Пациенты, получающие терапию антидепрессантами.

9. Основными источниками возбудителя инфекции при ИСМП являются

А) Главный врач;

Б) Пациент, госпитализированный в гинекологическое отделение;+

В) Врач-анестезиолог;+

Г) Все ответы верны.

10. Основными категориями источников возбудителя инфекции при ИСМП являются

А) Пациенты;+

Б) Окружающая среда;+

В) Медицинский персонал;+

Г) Посетители.

11. По современным данным, наибольшую долю в структуре ИСМП составляют

А) Послеоперационные инфекции;+

Б) Пневмонии;

В) Постинфекционные инфекции;

Г) Все ответы правильны.

12. Определение понятия ИСМП

А) Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществляемой им деятельности независимо, от того, проявляются или нет симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в больнице;

Б) Случаи инфекции связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности;+

В) Инфекционное заболевание, имеющееся у больного на момент поступления в стационар, или проявившееся в стационаре, но приобретенное до госпитализации.

13. К активным методам выявления ИСМП относятся

А) Добровольное информирование врачами и медицинскими сестрами госпитального эпидемиолога о возникших инфекциях;

Б) Ежедневный просмотр результатов посевов из микробиологической лаборатории;+

В) Просмотр температурных листов;+

Г) Все ответы верны.

14. Гигиеническая антисептика рук проводится

А) Перед надеванием стерильных перчаток при постановке центрального внутрисосудистого катетера;+

Б) Перед постановкой мочевого катетера;+

В) После контакта с неинтактной кожей пациента;

Г) В предоперационном периоде членами операционной бригады.

15. Медицинские работники стационаров (отделений) гинекологического профиля обследуются на ВИЧ

А) 1 раз в 6 месяцев;

Б) 1 раз в год; +

В) Не обследуются;

Г) Только при приеме на работу.

Ответы на тест:

1) А, Б, В
2) Б, В, Г
3) Б, В
4) А, В, Г
5) Б, В, Г
6) А
7) А
8) А, Б, В, Г
9) Б, В
10) А, Б, В
11) А
12) Б
13) Б, В
14) А, Б
15) Б

Тест: «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»

1. Укажите все обстоятельства, при которых возможно развитие ИСМП.

А) Пренебрежение правилами антисептики (обработка рук и места инъекции антисептиком) со стороны медицинской сестры, которая выполняет внутримышечные инъекции у пациентов на дому;

Б) Травма руки у медицинской сестры при отделении иглы от шприца;

В) Общение здорового пациента с соседом по палате, больным ротавирусной инфекцией;

Г) Травма ладони острым предметом у мужчины по дороге из поликлиники.

2. Укажите все формулировки, которые подходят под описание ситуации, когда врач-хирург в результате своей профессиональной деятельности был инфицирован вирусом гепатита С.

А) Травма в медицинской организации;

Б) Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи;

В) Внутрибольничная инфекция;

Г) Профессиональное заболевание.

3. Укажите все факторы, способствующие возникновению ИСМП.

А) Ротация дезинфицирующих средств с учетом устойчивости к ним больничной флоры;

Б) Продолжительное лечение и последующая реабилитация пациента в стационарных условиях;

В) Нерациональное применение противомикробных препаратов;

Г) Все ответы верны.

4. Укажите все мероприятия в отношении факторов, путей и механизмов передачи возбудителя ИСМП.

А) Безопасное обращение с медицинскими отходами;

Б) Широкое применение многоразовых изделий медицинского назначения;

В) Соблюдение правил гигиены рук в медицинской организации;

Г) Проведение качественных и эффективных дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в медицинской организации с применением химических, физических и биологических методов.

5. Укажите все мероприятия в отношении здорового человека (пациента, медицинского работника), предупреждающие развитие у него ИСМП.

А) Вакцинация планового терапевтического больного на догоспитальном уровне;

Б) Периоперационная антибиотикопрофилактика;

В) Предварительные и периодические медицинские осмотры среди сотрудников медицинской организации;

Г) Оптимизация времени пребывания пациентов в стационаре.

6. Когда была утверждена Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи?

А) 6 ноября 2011 года;

Б) 10 декабря 2010 года;

В) 5 октября 2009 года.

7. При попадании крови пациента на слизистые ротоглотки медработника необходимо прополоскать

А) Рот и глотку большим количеством воды;

Б) Дважды раствором фурацилина;

В) Однократно 2 % раствором перекиси водорода;

Г) Обработать слизистую тампоном смоченным 0,5% раствором хлоргексидина.

8. Наиболее уязвимые для ИСМП пациенты

А) Пожилые люди;

Б) Пациенты с тяжелым течением основного заболевания и множественными сопутствующими заболеваниями;

В) Пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивных медицинским манипуляциям;

Г) Пациенты, подвергающиеся трансплантации органов;

Д) Пациенты, получающие терапию антидепрессантами.

9. Основными источниками возбудителя инфекции при ИСМП являются

А) Главный врач;

Б) Пациент, госпитализированный в гинекологическое отделение;

В) Врач-анестезиолог;

Г) Все ответы верны.

10. Основными категориями источников возбудителя инфекции при ИСМП являются

А) Пациенты;

Б) Окружающая среда;

В) Медицинский персонал;

Г) Посетители.

11. По современным данным, наибольшую долю в структуре ИСМП составляют

А) Послеоперационные инфекции;

Б) Пневмонии;

В) Постинфекционные инфекции;

Г) Все ответы правильны.

12. Определение понятия ИСМП

А) Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществляемой им деятельности независимо, от того, проявляются или нет симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в больнице;

Б) Случаи инфекции связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности;

В) Инфекционное заболевание, имеющееся у больного на момент поступления в стационар, или проявившееся в стационаре, но приобретенное до госпитализации.

13. К активным методам выявления ИСМП относятся

А) Добровольное информирование врачами и медицинскими сестрами госпитального эпидемиолога о возникших инфекциях;

Б) Ежедневный просмотр результатов посевов из микробиологической лаборатории;

В) Просмотр температурных листов;

Г) Все ответы верны.

14. Гигиеническая антисептика рук проводится

А) Перед надеванием стерильных перчаток при постановке центрального внутрисосудистого катетера;

Б) Перед постановкой мочевого катетера;

В) После контакта с неинтактной кожей пациента;

Г) В предоперационном периоде членами операционной бригады.

15. Медицинские работники стационаров (отделений) гинекологического профиля обследуются на ВИЧ

А) 1 раз в 6 месяцев;

Б) 1 раз в год;

В) Не обследуются;

Г) Только при приеме на работу.

Приложение 2

Опрос пациентов стационара для улучшения качества профилактики ИСМП

Просим Вас ответить на вопросы. Для нас важно узнать ВАШЕ мнение (как положительное, так и критическое) о работе медицинского персонала. Ваши ответы помогут нам оценить и улучшить нашу работу.

1) Сколько раз в день проводится уборка в палате?

o 1 раз o 2 раза или больше

2) Проводится ли кварцевание палаты?

o Да o нет

3) Удовлетворены ли Вы состоянием и частотой смены белья?

o Да o Нет

4) Одевает ли медсестра перчатки когда ставит инъекцию или капельницу?

o Да o Нет

5) Обрабатывает ли медсестра вам место инъекции спиртом?

o Да o Нет

6) Одеваете ли вы маску выходя из палаты?

o Да o Нет

7) Проветривается ли палата в течении дня?

o Да o Нет

8) Как вы оцениваете чистоту ванных и туалетных комнат?

o Хорошо o Удовлетворительно

9) Как выглядят медсестры и санитарки?

o Опрятно o Неопрятно

10) Сколько времени на данный момент вы находитесь на лечении?

Написать количество дней, часов: __

Приложение 3

Памятка:

Роль среднего медицинского персонала медицинских организаций в профилактике ИСМП

Главная медицинская сестра:

1. Организует работу среднего и младшего медицинского персонала по соблюдению требований санитарно-противоэпидемического режима;

2. Контролирует полноту и своевременность прохождения персоналом медицинских осмотров;

3. Выносит вопросы соблюдения санитарно-противоэпидемического режима на совет медицинских сестер;

4. Контролирует соблюдение режимов предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, стерилизации белья, перевязочных материалов и оборудования;

5. Организует и контролирует проведение санитарных обработок больных (промывок и смены белья не реже 1 раза в 7 дней);

6. Контролирует качество уборки помещений, обеспеченность дезинфицирующими средствами, соответствие методов дезинфекции и стерилизации установленным стандартам;

7. Контролирует организацию питания больных (обеспечение посудой, столовыми приборами, санитарное состояние пищеблока, в том числе

соблюдение режима мытья посуды и ее дезинфекции, хранение продуктов передач).

Старшая медицинская сестра отделения:

1. Организует работу палатной и младшей медицинской сестры по соблюдению требований санэпидрежима в отделении;

2. Контролирует точное выполнение дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения;

3. Контролирует закладку в биксы термоиндикаторов перед отправкой на стерилизацию;

4. Организует проведение помывок больных и смену белья, осмотр на педикулез не реже 1 раза в 7 дней;

5. Проводит не реже 1 раза в неделю пробы для определения остатков крови, моющих средств на инструментах (качественные реакции);

6. Контролирует организацию питания больных, соблюдение режимов мытья и дезинфекции посуды, хранение продуктовых передач;

7. Организует уборку помещений и обеспечивает отделение достаточным количеством дезинфицирующих и моющих средств;

8. Контролирует использование медицинским персоналом перчаток, спецодежды и средств защиты слизистых оболочек;

9. Направляет после выписки (смерти) больных все постельные принадлежности на камерную дезинфекцию, а в инфекционном отделении - и личные вещи больных;

10. Контролирует правильность тактики при аварийных ситуациях.

Палатная медицинская сестра отделения:

1. Выполняет все медицинские процедуры и манипуляции, строго соблюдая асептические условия;

2. Проводит дезинфекцию медицинских инструментов после каждого пациента;

3. При отсутствии ЦСО проводит предстерилизационную очистку и стерилизацию инструментов в соответствии с действующими стандартами;

4. Контролирует качество проведения дезинфекции санитарками;

5. Проводит 1 раз в 7-10 дней осмотр больных на педикулез;

6. Контролирует соблюдение больными правил личной гигиены.

Медицинская сестра операционная, перевязочная и процедурная:

1. Обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики;

2. Обеспечивает соблюдение правил дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации;

3. Контролирует работу операционных санитарок в обращении со стерильным материалом;

4. Проводит маркировку пробирок при направлении крови пациентов в лабораторию для исследования на ВИЧ и гепатиты;

5. По окончании рабочего дня все поверхности обеззараживает дезинфицирующим средством;

6. Обеззараживает воздух помещений.

Младшая медицинская сестра по уходу за больными (палатная санитарка):

1. Несет ответственность за санитарное состояние помещений и проводит обеззараживание предметов ухода за больными;

2. Обеспечивает надежность мероприятий по уходу за больными;

3. Проводит текущую уборку (дезинфекцию) помещений не реже 2 раз в день, для чего использует промаркированный уборочный инвентарь;

4. Проветривает помещение с учетом температурного режима.

Дипломная работа выполнена мной самостоятельно. Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в ____1_____ экземпляре.

Библиография _____ наименований.

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

«___ »_____ 2023 г.