### Понятие о внутрибольничной инфекции

Содержание

Понятие о внутрибольничной инфекции

1. Понятие о внутрибольничной инфекции
2. Возбудители, факторы и пути передачи внутрибольничной инфекции в лечебно-профилактических учреждениях
3. Профилактика и борьба с внутрибольничными инфекциями
4. Вывод
5. Список используемой литературы

Подготовка больного к операции

2.1. Предоперационный период

2.2. Общий осмотр

2.3. Сбор анамнеза

2.4. Лабораторные исследования

2.5. Клиническое наблюдение

2.6. Психологическая подготовка больного

2.7. Подготовка жизненно важных органов больного к операции

2.8. Подготовка к анестезии, премедикация

2.9. Вывод

2.10. Список используемой литературы

Понятие о внутрибольничной инфекции

1.1. Внутрибольничные инфекции – это инфекционные заболевания, полученные больными в лечебном учреждении.

В настоящее время разработаны четкие рекомендации по профилактике воздушной, капельной, контактной и имплантационной экзогенной инфекции. Эти мероприятия носят многоплановый характер и преследуют основную цель -–не допустить попадания инфекции в рану и в организм. Профилактика экзогенной инфекции возможна во всех случаях и эффективность ее зависит только от опыта и знаний медицинского персонала.

Современные внутрибольничные инфекции в хирургических клиниках вызываются различными микроорганизмами и клинически проявляются в основном синдромом нагноений и септических поражений.

1.2. Наиболее часто возбудителями внутрибольничных инфекций являются резистентные к антибиотикам штаммы золотистого стафилококка, синегнойной палочки, протея, кишечной палочки, клевсиелл, серраций, грибов кандида, а также различных ассоциации указанных микробов.

Источниками внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах являются больные с острыми и хроническими формами гнойно-септических заболеваний и бессимптомные носители патогенных микроорганизмов среди больных и персонала.

В зависимости от локализации возбудителя выделение его из организма больного или носителя происходит через различные органы и ткани, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, мочеполовой путь и др.

Распространение возбудителей внутрибольничных инфекций происходит двумя путями: воздушно-капельным и контактным.

Основными факторами передачи являются руки, воздух, многочисленные объекты внешней среды (белье, перевязочный материал, инструментарий, аппаратура и др.)

1.3. Для профилактики и борьбы с послеоперационными гнойными осложнениями организуют и проводят комплекс санитарно-гигиенических мероприятий направленных на выявление и изоляцию источников инфекции, и перерыв путей передачи. Для этого проводят следующие мероприятия: 1.3.1. В настоящее время созданы специализированные гнойные хирургические отделения.

1.3.2. Разделяются операционные и перевязочные в отделениях хирургического профиля для чистых и гнойных операций и перевязок и оснащаются кондиционерами.

1.3.3. Обеспечивается изоляция гнойных отделений в стационарах и кабинетах от других подразделений.

1.3.4. Запрещается проведение операций у больных с гнойной хирургической инфекцией в обще хирургических операционных.

1.3.5. Внедряются в практику единые наиболее качественные методики обработки поля, рук, хирургических перчаток, стерилизация хирургических инструментов нового перевязочного материала, хирургического белья.

1.3.6. Внедрение метода экспресс диагностики чувствительности микробной флоры к антибиотикам.

1.3.7. Организация в лечебно-профилактических учреждениях централизованных стерилизовочнных.

1.3.8. Организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в отделениях, кабинетах, больницах, клиниках хирургического профиля, руководствуясь инструкциями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР № 720 от 31.07.1978 г. (приложение 1,2,3,4) .

1.3.9. Ответственность за проведение комплекса мероприятий по борьбе с послеоперационными осложнениями возлагаются на главного врача и заведующих отделениями хирургического профиля лечебно-профилактических учреждений.

1.3.10. Старшая сестра отделения проводит инструктаж среднего и младшего медицинского персонала по выполнению комплекса противоэпидемиологических мероприятий.

1.3.11. Каждый сотрудник, поступающий на работу в отделение хирургического профиля, проходит: - полный медицинский осмотр, включающий осмотр оториноларингологом и стоматологом, бактериологическое исследование мазков со слизистой носоглотки и наличие патогенного стафилококка; · краткий инструктаж по проведению основных санитарно-противоэпидемиологических мероприятий на порученном ему участке работы.

1.3.12. Весь работающий персонал должен быть взят под диспансерное наблюдение для выявления и излечения кариозных зубов, хронических воспалительных заболеваний носоглотки, а также для выявления носителей патогенного стафилококка.

1.3.13. При возникновении внутрибольничных инфекций среди больных проводят внеочередной медицинский осмотр всего персонала отделения, а также внеочередное бактериологическое обследование на носительство.

1.3.14. При возникновении в хирургическом стационаре внутрибольничных инфекций проводят детальное эпидемиологическое обследование, в ходе которого выявляют возможные источники инфекции, пути и факторы передачи и осуществляют мероприятия по предупреждению дальнейшего распространения заболевания.

1.4. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения внутрибольничных инфекций, а также борьба с ними – одна из основных задач медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях. Необходимо снизить вероятность инфицирования больных устойчивых к антибиотикам микроорганизмами. Необходимо максимально обследовать больных и сократить пребывание больных в стационаре до операции.

Все проводимые мероприятия максимально уменьшают возможность возникновения внутрибольничных инфекций, а следовательно создают благоприятный исход для лечения больных.

Список литературы

1. Буянов В. М Нестеренко Ю. А. Хирургия “Медицина” ; М-1990г.

2.2. Стручков В. И. Общая хирургия “Медицина” ; М-1966г.

3. Приказ № 215 Министерство здравоохранения РСФСР М-1979г.

4. Максименя В. Г. Максименя Г. Г. Леонович С. И. Минск; Высшая школа 1998г.

5. Стецюк В. Г. Сестринское дело в хирургии Москва “АНМИ” 1999г.

Подготовка больного к операции

1. Предоперационный период

Предоперационный период – это время от момента поступления больного, в хирургический стационар до начала проведения оперативного лечения. На этапе непосредственной предоперационной подготовки проводятся лечебные мероприятия в целях выявления основного заболевания и благоприятной фазы для оперативного вмешательства, лечение имеющихся других заболеваний и подготовка жизненно важных систем и органов.

Комплекс лечебных мероприятий, проводимых перед операцией для перевода основного заболевания в наиболее благоприятную фазу, лечение сопутствующих заболеваний и подготовка жизненно важных органов и систем для профилактики послеоперационных осложнений называется подготовкой больных к операции.

Основная задача предоперационной подготовки – снижение операционного риска и создание оптимальных предпосылок для благоприятного исхода.

Предоперационная подготовка проводится всем больным. В минимальном объеме проводится лишь больным, оперируемым по экстренным и неотложным показаниям.

Накануне плановой хирургической операции проводится общая предоперационная подготовка. Ее цель:

1. Исключить противопоказания к операции путем исследования жизненно важных органов и систем больного.

2. Подготовка больного психологически.

3. Максимально подготовить системы организма больного, на которые вмешательство окажет наибольшую нагрузку во время операции и в послеоперационном периоде.

4. Подготовить операционное поле.

1. Общий осмотр. Каждого больного, поступающего в хирургический стационар для оперативного лечения, обязательно надо раздеть и осмотреть кожу всех частей тела. При наличии мокнущей экземы, гнойничковых высыпаний, фурункулов ил свежих следов указанных заболеваний операцию временно откладывают и больного направляют для поликлинического долечивания. Операцию такому больному выполняют через месяц после полного излечения, ибо инфекция может проявить себя в месте оперативного вмешательства у ослабленного операционной травмой больного.

2. Сбор анамнеза Сбор анамнеза дает возможность выяснить и уточнить перенесенные заболевания, выявить, страдает ли больной гемофилией, сифилисом и др. У женщин необходимо уточнить срок последней менструации, так как она оказывает большое влияние на жизнедеятельность организма.

3. Лабораторные исследования Плановые больные поступают в хирургический стационар после лабораторного обследования в поликлинике по месту жительства. Им проводятся общий анализ крови и мочи, анализ мочи на сахар, биохимический состав крови и необходимые рентгенологические исследования органов груди и брюшной полости.

4. Клиническое наблюдение Важными являются знакомства больного с лечащим врачом и налаживание взаимоотношений между ними. Для окончательного исключения противопоказаний к операции, выбора способа обезболивания и проведения мероприятий, предупреждающих последующие осложнения, необходимо, чтобы больной полностью открылся врачу. Если не требуется специальная подготовка больного для операции, то предоперационный период больного в стационаре составляет обычно 1-2 дня.

5. Психологическая подготовка больного. Травмирование психики хирургических больных начинается с поликлиники, когда врач рекомендует оперативное лечение, и продолжается в стационаре при непосредственном назначении операции, подготовке к ней и пр. Поэтому очень важно чуткое, внимательное отношение к больному со стороны лечащего врача и обслуживающего персонала. Авторитет врача способствует установлению близкого контакта с больным.

Важно проследить, чтобы во время беседы с больным и в документах, доступных осмотру больного (направления, анализы и др.) , не встречались такие пугающие его слова, как рак, саркома, злокачественная опухоль и др.

Недопустимо, как уже отмечалось, в присутствии больного делать замечания персоналу о неправильном выполнение назначений.

Решая вопрос об операции, врач должен убедительно объяснить больному целесообразность ее выполнения. При умелом разговоре врач укрепляет свой авторитет и больной доверяет ему свое здоровье.

Выбор метода обезболивания зависит от компетенции врача. В доходчивой форме врач убеждает больного в необходимости того вида обезболивания, который следует применить.

В день операции хирург должен уделить максимум внимания больному, ободрить его, спросить о самочувствии, осмотреть, как подготовлено операционное поле, выслушать сердце и легкие, осмотреть зев, успокоить.

Если больного доставляют в операционную раньше времени в операционной должны устанавливаться порядок и тишина.

Хирург в полной готовности ждет больного, а не наоборот. При операции под местной анестезией разговор должен вестись между хирургом и больным. Своим спокойствием и ободряющими словами хирург благотворно влияет на психику больного. Резкие замечания в адрес больного недопустимы.

В сложной ситуации, когда местная анестезия недостаточна, необходимо своевременно перейти на общий наркоз, чтобы не причинить страданий оперируемому, и он не был свидетелем испытываемых хирургом затруднений.

После окончания операции хирург должен осмотреть больного, ощупать пульс и ободрить его. В этом больной будет видеть заботу о нем.

В палате все должно быть готово к приему больного. Главное при этом – устранение боли с применением обезболивающих, осуществление мероприятий, направленных на улучшение дыхание и сердечно- сосудистой деятельности, что предотвращает ряд осложнений. Хирург должен неоднократно зайти к прооперированному им больному.

В заключение следует подчеркнуть, что хирург должен уметь разбираться в личности больного, завоевать себе авторитет и доверие. Весь персонал хирургического отделения обязан щадить психику больного. Само хирургическое отделение своим внешним видов и режимом работы должно благоприятно действовать на пациента.

Больные люди всегда угнетены, испытывают страх перед операцией и физической болью. Хирург обязан рассеять эти сомнения. Однако врач не должен утверждать, что операция не причинит никаких беспокойств. Всякая операция сопряжена с риском и осложнениями.

Врач в беседе с больным должен объяснять ему сущность болезни. Если же больной со злокачественной опухолью продолжает сомневаться и упорно отказывается от оперативного лечения, то допустимо сказать, что его заболевание через некоторое время может перейти в рак. Наконец, при категорическом отказе целесообразно сказать больному, что у него начальная стадия опухоли и промедление с операцией приведет к запущенности заболевания и неблагоприятному исходу. Больной должен понять, что в данной ситуации операция является единственным видом лечения. В ряде случаев хирург должен объяснить больному истинную сущность операции, ее последствия и прогноз.

Основную роль в нормализации психики больного играют доверие больного врачу отделения и всему лечащему персоналу, авторитет и компетентность хирурга.

6. Подготовка жизненно важных органов больного к операции Подготовка органов дыхания. На органы дыхания падает до 10 % послеоперационных осложнений. Поэтом на дыхательную систему больного хирург должен обращать особое внимание.

При наличии бронхита, эмфиземы легких угроза осложнений в несколько раз возрастает. Острый бронхит является противопоказанием к выполнению плановой операции. Больные хроническим бронхитом подлежат предоперационной санации: им назначают отхаркивающие препараты и физиотерапевтические процедуры.

Подготовка сердечно-сосудистой системы. При нормальных сердечных тонах и отсутствии изменений на электрокардиограмме специальной подготовки не требуется.

Подготовка ротовой полости. Во всех случаях перед операцией больным требуется санация ротовой полости с привлечением стоматолога.

Подготовка желудочно-кишечного тракта. Перед плановой операцией на органы брюшной полости больному ставят очистительную клизму вечером накануне операции. При подготовке больных к операции на толстом кишечнике его необходимо очистить. В этих случаях за 2 дня до операции дают 1-2 раза слабительное, за день до операции больной принимает жидкую пищу, и ему назначают 2 клизмы, кроме того, утром в день операции делают еще одну клизму.

Подготовка печени. Перед операцией исследуются такие функции печени, как белково-синтетическая, билирубиновыделительная, мочевинообразовательная, фермантативная и др.

Определение функции почек. Во время подготовки больных к операции и в послеоперационном периоде состояние почек обычно оценивается по анализам мочи, функциональным пробам, изотопной ренографии и др.

Повышение общей сопротивляемости организма больного перед операцией.

Повышенная сопротивляемость организма способствует лучшей регенерации тканей и другим репаративным процессам. Капельное введение глюкозы перед операцией необходимо дополнять введением никотиновой и аскорбиновой кислот, витаминов В1, В6. Самым тяжелым больным целесообразно назначать анаболические гормоны, гамма-глобулин, переливание плазмы, альбумина, крови.

Частная предоперационная подготовка. Проводится для подготовки больных к сложным операциям на определенных органах и системах.

Подготовка больных к операции при тиреотоксикозе.

Операция сопряжена с рядом опасностей, как во время хирургического вмешательства, так и в послеоперационный период. В литературе описаны случаи смерти больных до операции от психического шока, в связи с этим хирург должен составить план предоперационной подготовки.

Больным создается покой. Их желательно помещать в небольшие палаты вместе с выздоравливающими. Рекомендуется меньше лежать, строго соблюдать режим послеобеденного сна. При бессоннице больным дают снотворное (люминал, нембутал и др.) , при наличии выраженных нервно-психических нарушений назначают седативные средства (седуксен, триоксазин, бромистые препараты) .

В связи с повышением обмена веществ в организме больным рекомендуется молочно-растительная пища, хорошо приготовленная, вкусная и в достаточном количестве. Мясная пища ограничивается.

Необходимо в первую очередь оценить клинические и биохимические показатели больного. Определяется основной обмен, изучается внутритиреоидный обмен йода путем использования изотопов и радиометрической установки. Структура щитовидной железы изучается с помощью эхографии, сканирования, томографии, проводится пункционная биопсия и др. Важно помнить, что определение накопление щитовидной железой радиоактивного йода возможно только в тех случаях, если больной не принимал накануне с лечебной целью препараты йода.

В связи с влиянием тиреотоксикоза на сердце обязательно изучается пульс в спокойном состоянии, и после небольшой физической нагрузки регистрируется электрокардиограмма. В соответствии с полученными данными назначаются сердечные препараты, повышающие обменные процессы в миокарде (коргликон с глюкозой, кокарбоксилаза, рибоксин, витамин С группы В, МАП и др.) . В комплексе предоперационной подготовки включаются тиреостатики (раствор йода, меркозалил) . При нормализации сердечной и психической деятельности, больным можно назначить операцию.

Подготовка больных к операциям на желудке. У больных с далеко зашедшими заболеваниями желудка часто отмечается дефицит объема циркулирующей крови, снижение белков крови и нарушение обменных процессов в организме.

Для пополнения белков необходимо переливание крови, плазмы, альбумина. Производятся внутривенные вливания 5% раствора глюкозы, солей натрия, калия, препаратов жировых эмульсий (2-3 литра в сутки) . Накануне операции больным стенозом привратника ежедневно перед сном промывают желудок 0,25% раствором соляной кислоты. В зависимости от состояния больного подготовка продолжается 6-14 дней. За день до операции больные переводятся на жидкую пищу (бульон, чай) На ночь ставится очистительная клизма, а утром в день операции жидкость удаляется из желудка зондом.

Подготовка больных к операциям на толстом кишечнике и прямой кишке.

Кроме общей подготовке ослабленных больных, в которую входит переливание крови, растворов глюкозы, натрия хлорида, витаминов и сердечных средств, необходимо очистить кишечник. В течение двух суток больному до операции разрешается жидкая пища. В первый день подготовки утром дается слабительное, а вечером ставится клизма. На второй день очистительную клизму делают утром и вечером. Утром в день операции клизмы не ставят. За 5-6 дней до операции больному назначают левомицетин или канамицин.

Больному геморроем за сутки дается слабительное, вечером прямая кишка промывается несколькими очистительными клизмами до чистой воды.

Подготовка к операции больных с кишечной непроходимостью.

Больные с кишечной непроходимостью чаще всего оперируются по жизненным показаниям. Она должна продолжаться не более 3 часов с момента поступления больного в хирургическое отделение. За это время необходимо ввести спазмолитики (атропин, папаверин, но-шпу) , промыть желудок, провести двухстороннюю околопочечную блокаду 0,25% раствором новокаина (60-80 мл) , поставить сифонную клизму. Это позволяет исключить динамическую кишечную непроходимость, которая разрешится указанными мероприятиями.

В предоперационную подготовку входит переливание крови, полиглюкин, натрия хлорида, калия, витаминов С и В1 сердечных средств.

Непосредственная подготовка больных к операции и правила ее проведения.

Накануне операции больной принимает ванну. Перед мытьем врач обращает внимание на кожные покровы, нет ли гнойничков, высыпаний, опрелостей. При обнаружении плановая операция отменяется. Операционное поле бреют в день операции во избежания порезов и царапин, склонных к инфицированию.

В соответствии с видом обезболивания за 45 минут до операции по назначению врача-анестезиолога производится премедикация. Перед доставкой больного в операционную больной доставляется на каталке. Операция выполняется в строжайшей тишине. Разговор может вестись об операции.

2.9. Вывод. От предоперационной подготовки больного, включающей приведенные выше наблюдения и исследования, зависит благоприятный или не удовлетворительный исход операции, а так же последующий послеоперационный период.

Максимально проведенная подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создает благоприятный психологический фон, поднимает систему, а все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

Список используемой литературы

1. Тереньтева Л. М. Островеркова Е. Г. "Анестезиология и реаниматология", Ленинград, Медицина, 1989г.

2. Руководство по анестезиологии под редакцией Бумятяна А. А. Москва, Медицина, 1994г.

3. Максименя Г. В. Леонович С. И. Максименя Г. Г. " Основы практической хирургии " Минск Высшая школа 1998г.

4. Буянов В. М. Нестеренко Ю. А. " Хирургия" Медицина Москва 1990г.

5. Стецюк В. Г. "Сестринское дело в хирургии " Москва АНМИ 1999г.