Список условных сокращений

ВГВ - вирус гепатита В

ВГС - вирус гепатита С

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГУЗ ХК - Государственное учреждение здравоохранения Хабаровского края

ГКБ - городская клиническая больница

ДВ - Дальний Восток

ДВФО - Дальневосточный Федеральный округ

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

ИФА - иммуноферментный анализ

ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения

ККБ - краевая клиническая больница

ККВД -краевой кожно-венерологический диспансер

МЗ - министерство здравоохранения

МЗ ХК - министерство здравоохранения Хабаровского края

МУЗ -муниципальное учреждение здравоохранения

РФ -Российская Федерация

СанПиН - санитарно-эпидемиологические правила и нормативы

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

УЗИ - ультразвуковое исследование

Введение

Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - ВИЧ-инфекция, в финале которой развивается смертельный синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), является одним из опаснейших инфекционных заболеваний человека. Начавшаяся в конце 70-х годов пандемия ВИЧ-инфекции, не проявляет признаков ослабления. Только за 2010г. более 2,5 млн. человек в мире заразились ВИЧ и около 1,5-2 млн. умерли от СПИД - это самый высокий показатель за все время наблюдения на данным заболеванием.

Таблица №1

По материалам ВОЗ, ДВ окружного и Хабаровского краевого центров по профилактике и борьбе со СПИД. Обновленная информация по эпидемии СПИД 2010 года

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число людей, живущих с ВИЧ/СПИД (с момента начала эпидемии заразилось почти 60 млн. человек) | Всего | 33,4 млн. (31,3-35,8) |
|  | Взрослые | 31,3 млн. |
|  | в т.ч.:- жен. | 15,7 млн. |
|  | Дети (0-14) | 2,1 млн. (1,2-2,9) |
| Люди, впервые инфицированные ВИЧ в 2010г.: | Всего | 2,7 млн. (2,4-3,0) |
|  | Взрослые | 2,3 млн. |
|  | Дети (0-14) | 430000 (240000-610000) |
| Число случаев смерти от ВИЧ/СПИД в 2009г. (всего умерло 25 млн. человек) | Всего | 2,0 млн. (1,7-2,4) |
|  | Взрослые | 1,7 млн. |
|  | Дети (0-14) | 280000 (150000-410000) |

На сегодня в странах Африки каждый пятый взрослый живет с ВИЧ/СПИД - это около 30% всех людей, живущих с ВИЧ/СПИД во всем мире, в то же время население этого региона составляет менее 2% мирового. Всего же в мире около 40-50 миллионов человек живут с ВИЧ - это каждый 100-й человек в мире, в т.ч. 2,5 млн. детей в возрасте до 15 лет. По данным ВОЗ 93% больных детской ВИЧ-инфекции приходится на детей Африки.

В 2009г. эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в РФ оставалась сложной. По предварительным данным на 31.12.2009г. зарегистрировано инфицированных ВИЧ россиян 529353 чел., из них 58448 новых случаев инфицирования за 2009г. Пораженность ВИЧ-инфекцией населения РФ (число пациентов, живущих с установленным диагнозом ВИЧ на 100 тыс. населения) составила 340,3, заболеваемость в 2009г. - 40,8. Среди взрослого населения страны в возрасте 15-49 лет 0,6% инфицированы ВИЧ.

В РФ ВИЧ-инфекция преимущественно поражает молодое население - у 73% россиян ин- фицированность выявлена в возрасте до 30 лет. Однако, значительная часть инфицированных ВИЧ, которым диагноз поставлен после 30 лет также вероятно были инфицированы значительно ранее, но не обследовались на ВИЧ. Фактически эпидемию ВИЧ-инфекции в стране можно оценивать как проблему, угрожающую именно молодежи.

Ведущим путем распространения инфекции в России остается инъекционное введение наркотиков. На конец 2009г. 82,4% от всех лиц с известными причинами заражения были инфицированы ВИЧ при употреблении наркотиков. За последние 5 лет в стране активизировалась передача ВИЧ от уязвимых групп в основное население страны половым путем. Так в 2009г. были инфицированы ВИЧ при гетеросексуальных контактах 35,0% (в 2006г. - 32,5%), а при употреблении наркотиков 61,3% (в 2006г. - 65,0%).

В общей структуре ВИЧ-инфицированных в стране, по-прежнему, преобладают мужчины - 66,5%. С 2002г. отмечается увеличение пропорции молодых женщин - доля женщин, впервые выявленных в 2006-2008 гг., составила 43-44%, а всего на 31.12.2009г. зарегистрировано более 180 тыс. инфицированных ВИЧ женщин. При этом удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных среди беременных в общей популяции за последние 5 лет увеличился в 1,4 раза, к концу 2009г. у них родилось более 55 тыс. детей, из которых заразились ВИЧ 3106 детей, не инфицировались от матерей благодаря проведению химиопрофилактики более 32 тыс., остальные продолжают наблюдаться до установления ВИЧ-статуса.

В связи с быстрым увеличением числа пациентов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а также и пациентов с большим стажем наркотизации увеличивалась смертность среди инфицированных ВИЧ. На этот период умерло по различным причинам 73958 пациентов с ВИЧ, лишь в 15% смерть была вызвана внешними причинами: суицидами, убийствами, ДТП, передозировкой наркотиков и т.д.

Таким образом, рост числа инфицированных ВИЧ и пораженности населения РФ ВИЧ- инфекцией на фоне отсутствия стабилизации передачи ВИЧ свидетельствуют о недостаточной эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Одним из заметных достижений в осуществлении мер в ответ на СПИД стал высокий уровень охвата услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Наибольшее число ВИЧ-инфицированных зарегистрировано в Свердловской области (46666), г.Санкт-Петербурге (44692), Самарской (41950), Московской (36820), Иркутской (30025), Челябинской (23122), Оренбургской (21519), Кемеровской (18947), Ленинградской (17899) областях, Ханты-Мансийский автономный округ (14297), Пермский край (11729). Республика Татарстан по пораженности населения ВИЧ-инфекцией занимает 25 место среди регионов Российской Федерации. Мужчины в 2,3 раза болеют чаще, чем женщины. 60% составляют лица в возрасте от 20 до 30 лет.ВИЧ-инфицированные зарегистрированы на 88 административных территориях РФ. Наибольшее число выявлено в Московской (22073 случаев) и Свердловской (21790) областях, С.-Петербурге (21080), Самарской (18295) и Иркутской (15709) областях, Москве (15285), Челябинской (12650) и Оренбургской (11205) областях.

Таблица №2

С 1996 года в Российской Федерации зарегистрирован рост ВИЧ-инфекции. Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Новые случаи заражения | Все случаи заражения | Распространенность на 100 тыс населения | Годовая заболеваемость на 100 тыс. населения | Темп прироста |
| 1987-1994 | 887 | 887 | 0,6 | - |  |
| 1995 | 203 | 1090 | 0,5 | 0,1 |  |
| 1996 | 1513 | 2603 | 1,4 | 1,0 |  |
| 1997 | 4315 | 6918 | 4,2 | 2,9 |  |
| 1998 | 3971 | 10889 | 6,7 | 2,7 |  |
| 1999 | 19758 | 30647 | 19,8 | 13,5 |  |
| 2000 | 59261 | 89908 | 59,5 | 40,8 |  |
| 2001 | 87671 | 177579 | 118,9 | 60,8 |  |
| 2002 | 49923 | 227502 | 152,7 | 34,6 |  |
| 2003 | 36396 | 263898 | 178,4 | 25,3 |  |
| 2004 | 32147 | 296045 | 201,4 | 22,5 |  |
| 2005 | 35554 | 331599 | 226,0 | 24,9 | 10,7 |
| 2006 | 39688 | 372139 | 238,0 | 27,8 | 11,6 |
| 2007 | 44800 | 416939 | 269,3 | 31,5 | 13,3 |
| 2008 | 54046 | 470985 | 307,1 | 38,4 | 20,9 |
| 2009 | 58448 | 529828 | 373,4 | 41,2 | 7,3 |
| 11 мес. 2010 | 34181 | 564009 | 397,5 |  |  |

Приведенные цифры носят относительный характер, т.к. истинное число носителей ВИЧ неизвестно и его можно рассчитать только приблизительно по косвенным признакам.

Таким образом, общепризнанным является факт, что ВИЧ быстрыми темпами распространяется в РФ среди лиц, потребляющих психотропные вещества в немедицинских целях внутривенно, а распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов приводит к заражению других групп населения, преимущественно при гетеросексуальных контактах. Эпидемия ВИЧ-инфекции в данной ситуации может рассматриваться как вторичная волна и в полной мере зависит от распространенности наркомании в нашем обществе. Поэтому борьба с ВИЧ-инфекцией тесно связана с борьбой с наркоманией и во многом зависит от изменения поведения наркоманов. Наиболее перспективным направлением профилактической работы является внедрение стратегии «Снижение вреда» на всей территории страны с учетом опыта ее применения в мире и реальных социально-экономических условий России.

Характеристика исследования

Мною выполнена исследовательская работа «Роль старшей медицинской сестры в профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК»

Цели исследования:

o проанализировать риск заражения медицинских работников ВИЧ-инфекцией в процессе профессиональной деятельности;

o определить эффективность проведения противоэпидемических мероприятий среди медицинских работников среднего звена ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией;

o показать роль старшей медицинской сестры в профилактике заражения ВИЧ-инфекцией работников среднего звена в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК.

Объект исследования - профессиональная деятельность медицинских работников среднего звена ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК.

Предмет исследования - деятельность старшей медицинской сестры в профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК.

Гипотеза исследования состоит в том, что

1. Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений относится к числу лиц повышенного риска заболевания ВИЧ-инфекцией.

2. Соблюдение принципов инфекционной безопасности на рабочем месте является основным компонентом комплексной профилактики ВИЧ-инфекции как грозного внутрибольничного заболевания.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования мной были поставлены следующие задачи:

o Изучить и проанализировать состояние показателей инфицированности медицинских работников по данным официальной статистики;

o выявить факторы внутрибольничной среды, негативно влияющие на здоровье медицинских работников;

o проанализировать роль принципов профилактики ВИЧ-инфекции в предотвращении инфицированности медицинских работников;

o определить пути создания эффективной системы охраны труда и здоровья медицинских работников.

В ходе выполнения работы были использованы следующие методы исследования:

o изучение и научно-теоретический анализ литературы по исследуемой проблеме;

o праксиметрический метод (изучение документов);

o статистические методы (методы измерения и обработки экспериментальных данных, их системный анализ, графическая интерпретация);

o синтез и обобщение, способствующие подведению промежуточных и общих итогов исследования.

Исследование проходило в несколько этапов.

Первый этап - подготовительный. Включал:

**o** Изучение и анализ медицинской литературы, изучение теоретического и практического уровней разработанности данной проблемы. Полученный материал позволил сформулировать рабочую гипотезу, определить цель, задачи, объект и предмет исследования.

Второй этап - сбор и анализ практико-ориентированного материала по проблеме исследования, включающий

**o** анализ данных официально регистрируемой статистики Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, материалов постановления правительства России о федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007 - 2011 годы", принятого правительством России 10 мая 2007 года, санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, данные управление Роспотребнадзора по Хабаровскому краю по вопросам профилактики заражения ВИЧ-инфекцией, показатели за последние 5 лет ежегодных статистических отчетов ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК.

Теоретическая часть

Характеристика эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Хабаровском крае

Хабаровский край занимает около ¼ всей территории Дальнего Востока, находясь в центре ДВ федерального округа, население 1476306 человек (по данным на декабрь 2002г.). Административный центр края: г. Хабаровск - крупный железнодорожный узел, международный авиационный и речной порт, столица Дальневосточного федерального округа, население 597325 человек(по данным на декабрь 2002г.). Край имеет общую границу с Китаем, Приморским краем, Республикой Саха (Якутия), Магаданской, Амурской и Сахалинской областями, Еврейской АО. Административное деление Хабаровского края представлено 19 территориями (17 районов и г.г. Хабаровск и Комсомольск-на-Амуре). К началу 2010 года численность населения Хабаровского края по уточненной прогнозной оценке составила 1435,4 тыс. человек, из которых 80,5% - горожане и 19,5% - сельские жители.

Первый случай ВИЧ-инфекции в крае зарегистрирован у гомосексуалиста в 1992г., среди потребителей инъекционных наркотиков первый случай выявлен в 1997 г. Вплоть до 1999г. эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции на территории края расценивалась как относительно благополучная. Характерной ее особенностью в этот период являлось отсутствие местных резервуаров вируса иммунодефицита человека - выявлялись спорадические случаи ВИЧ-инфицирования главным образом среди граждан, прибывших с Украины, западных регионов страны, а также жителей края, заразившихся за границей.

В Дальневосточном федеральном округе, как и в России, рост выявляемости ВИЧ-инфицированных отмечается с 1998г (таблица№3)

Таблица №3

Динамика выявляемости ВИЧ-инфицированных в

Дальневосточном федеральном округе РФ (на 30.11.2010 г)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1989-1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Ежегодный прирост |  | 179 | 1616 | 2058 | 1464 | 1060 | 888 | 1078 | 489 | 980 | 854 | 336 |
| Нарастающий итог | 151 | 327 | 1943 | 4001 | 5465 | 6525 | 7413 | 8491 | 9960 | 10929 | 11783 | 12119 |

Распространенность ВИЧ/СПИД по территориям округа неоднозначна (таблица №4, диаграмма 1), что в большей степени зависит от географического положения и значимости территории: морские порты (Приморский край), крупный транспортный узел (г.Хабаровск), промыслы, связанные с большой миграцией населения (Якутия).

Таблица №4

Распространенность ВИЧ/СПИД по территориям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Территория | Число случаев | Территория | Число случаев |
| Приморский край | 8576 | Сахалинская область | 281 |
| Чукот АО | 54 | Камчатская обл. | 202 |
| Хабаровский край | 1653 | Амурская область | 391 |
| Якутия (Саха) | 780 | ЕАО | 67 |
| Магаданская область | 169 | Итого 12119 | |

Диаграмма№ 1



Наибольше поражена ВИЧ-инфекцией возрастная группа 20-39 лет, 78,2%, зараженных - мужчин 64,58%, преобладающий путь передачи парентеральный наркотический -66,г%. Анализ возрастного ценза выявленных ВИЧ-инфицированных показывает, что больше всего страдает молодой, репродуктивный возраст (таблица№5 , диаграммы 2,3,4).

Таблица №5

Распределение ВИЧ-инфицированных на территориях ДВФО по возрасту, полу и пути заражения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| По возрасту | | По полу | По путям передачи | |
| 0-1 год | 14 (0,1%) | Муж. - 7812 (64,58%) Жен. - 4307 (35,2%) | половой | 3479 (28,7%) |
| 2-9 лет | 79 (0,6%) |  | внутривенный | 8079 (66,7%) |
| 10-19 лет | 614 (5,1%) |  | нозокоминальный очаг | 1 (0,0001%) |
| 20-39 лет | 9475 (78,2%) |  | перинатальный контакт | 92 (0,8%) |
| 40-60 лет | 1637 (16%) |  | не установлен | 468 (3,8%) |

Диаграмма №2

Распределение ВИЧ-инфицированных на территориях ДВФО по возрасту



Диаграмма №3

Распределение ВИЧ-инфицированных на территориях ДВФО по полу



Диаграмма №4

Распределение ВИЧ-инфицированных на территориях ДВФО по пути заражения



Основным путем передачи ВИЧ-инфекции в крае, как и в России в целом, является парентеральный-наркотический. На его долю в Хабаровском крае приходится 66,7%. Второй по значимости путь передачи -половой контакт (28,7%). Незначительную долю занимает пути передачи вертикальный - от матери ребенку (0,8%) и не установленный (3,8%).

Распространение ВИЧ в среде наркоманов играет ведущую роль в нарастании темпов развития эпидемии ВИЧ-инфекции в крае. Наркоманы являются прогностически наиболее неблагополучной группой, так как среди них чрезвычайно трудно организовать обучение профилактике СПИД и еще труднее добиться того, чтобы они выполняли медицинские рекомендации. Первые результаты реализации в крае международной программы «Снижение вреда» обнадеживают: открыты 2 кабинета обмена шприцев для для данной категории населения края, где взамен использованных им выдаются одноразовые стерильные, а также презервативы, спиртовые салфетки, просветительная литература (буклеты) по вопросам снижения риска заражения при употреблении наркотиков и заражения своих половых партнеров, не употребляющих наркотики.

Сохраняет свою эпидемиологическую значимость на нашей территории и половой путь передачи ВИЧ, в первую очередь потому, что инфицированные ВИЧ наркоманы, вступая в половые контакты без презерватива, становятся источниками инфекции для своих половых партнеров. Продолжающийся рост заболеваемости населения ИППП также окажет серьезное влияние на дальнейшее развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.

Распределение инфицированных ВИЧ-инфекцией граждан РФ, проживающих в Хабаровском крае, по социальному принципу

Зарегистрировано ВИЧ-позитивных на 30.09.2010г. - 1806, из них: иностранные граждане - 95; граждане РФ - 1711, в т.ч. жители края -1194, УФСИН-325, в/служащие - 74, иногородние - 1, БОМЖи -47

Большую часть ВИЧ- позитивных на территории Хабаровского края составляют граждане России- жители Хабаровского края.

По социальному положению наибольшая доля ВИЧ-инфицированных среди безработных, заключенных.

За последние годы значительно ухудшилась эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе. На территории края находится ряд учреждений системы УФСИН Минюста России, в которых содержатся 325 ВИЧ-инфицированный (по сравнению с 2008 г.-157).

Диаграмма №5



Таблица №6

Показатели рождаемости ВИЧ-инфицированными женщинами в Хабаровском крае

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| годы | 1996- 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Итого |
| Беременность у ВИЧ-инфицированных женщин | | | | | | | |
|  | 132 | 38 | 55 | 44 | 63 | 50 | 382 |
| в т.ч.: 15-19лет | 16 | 6 | 7 | 3 | 3 | 5 | 40 |
| 20-29 лет | 90 | 22 | 37 | 33 | 54 | 33 | 269 |
| > 30 лет | 26 | 10 | 11 | 8 | 6 | 12 | 73 |
| Дети рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей | | | | | | | |
|  | 60 | 13 | 31 | 25 | 33 | 41 | 203 |
| из них: умерли | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11 |
| ВИЧ-инфекция | 4 | - | - | 1 | 3 | - | 8 |
| снят диагноз | 51 | 10 | 25 | 17 | 2 | - | 105 |
| состоят на учете | - | - | 3 | 6 | 25 | 39 | 73 |
| умерли | 3 | - | - | - | - | - | 3 |
| состоят на учете | - | - | - | - | 3 | 5 | 8 |

Диаграмма №6

Количество беременностей у ВИЧ-инфицированных женщинам в Хабаровском крае



Диаграмма №7

Количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами



За время регистрации ВИЧ-инфекции в крае от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 203 ребенка: за период с 1996 по 2005г.- 60, в 2006г. - 13, 2007г. -31, 2008г.- 25, 2009г.- 33, 2010г.- 41. Из них: снят диагноз ВИЧ-инфекции у 105 детей, подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции - у 8, умерли - 3, состоят на учете - 8 (таблица №6, диаграммы №6,7).

Таблица №7

Распределение инфицированных ВИЧ граждан РФ, проживающих в Хабаровском крае, по месту выявления заболевания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подчиненность ЛПУ | Стационарные | | в т.ч., по стационарам ЛПУ | | |
| ГУЗ | 223 | 42,9% | ГКБ № 10 | 84 | 16,2% |
| МУЗ территорий | 61 | 11,7% | ГКБ № 11 | 83 | 16,0% |
| МУЗ г. Хабаровска | 200 | 38,5% | ПТД | 63 | 12,1% |
| Ведомственные ЛПУ | 36 | 6,9% | ККБ № 1 | 42 | 8,1% |
| Итого: | 520 | 100,0% | ККВД | 34 | 7,5% |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Амбулаторные | | в т.ч., по амбулаторно-поликлинические ЛПУ | | |
| 522 | 64,4% | ЦПБСИЗ | 290 | 35,8% |
| 162 | 20,0% | ККВД (ГКВД) | 94 | 11,6% |
| 108 | 13,3% | Н/д КПБ | 40 | 4,9% |
| 19 | 2,3% | ДВ окр. Центр | 35 | 4,3%о |
| 811 | 100,0% | Пол-ка № 28 | 22 | 2,7%о |

Недостатки в финансировании здравоохранения края, серьезно отражающиеся на обеспечении противоэпидемического режима в ЛПУ, отсутствие должной настороженности у отдельных медицинских работников, факты переливания необследованной на маркеры инфекционных заболеваний донорской крови могут привести к реализации артифициального механизма передачи ВИЧ. Артифициальный механизм передачи, связанный с лечебными и диагностическими медицинскими процедурами, проведением гемотрансфузионной терапии, не может быть снят с повестки.

Опытно-экспериментальная часть

Характеристика рабочего места

Основные задачи ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК:

· Оказание медицинской помощи при психических и наркологических заболеваниях в стационарных и амбулаторных условиях;

· Психотерапевтическая помощь, лечение неврозов, стрессов, помощь в кризисных ситуациях (тревога, депрессия, одиночество);

· Экспертизы: военная, трудовая, наркологическая, судебно-психиатрическая и иные виды;

· Экспресс-диагностика алкогольного и наркотического опьянения;

· Медицинское освидетельствование на водительские права, при трудоустройстве, при оформлении разрешения на оружие и др.

· Консультации и лечение сексолога по вопросам брака и семьи;

· Консультации медицинских психологов, коррекция поведения у детей и взрослых.

Основные направления деятельности ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК:

Проводимые консультативные приемы:

• медицинское освидетельствование на водительские права, при трудоустройстве, при оформлении разрешения на оружие и др.;

• консультации и лечение у психиатров, наркологов и других специалистов;

• консультации и лечение у психотерапевта, лечение неврозов, стрессов, помощь в кризисных ситуациях (тревога, депрессия, одиночество);

• лечение невротических состояний у детей (энурез, тики, заикание);

• консультации медицинского психолога, коррекция поведения у детей;

• помощь детям с проблемами успеваемости, общения со сверстниками и взрослыми;

• экспресс-диагностика алкогольного и наркотического опьянения;

• наркологическая помощь (срочная, анонимная): снятие алкогольной и наркотической интоксикации; купирование абстинентного синдрома; лечение алкогольной и наркотической зависимости;

• консультации и лечение сексопатолога по вопросам семьи и брака, лечение импотенции;

• помощь при супружеской дисгармонии;

• консультации и лечение у врачей-специалистов: терапевта, физиотерапевта, невролога, стоматолога;

• прием консультанта-суицидолога;

• сеансы групповой психотерапии;

• экстренная психологическая помощь по телефону:

Информационные сайты:

• Информационный сайт «Психотерапевтического центра»: WWW.GPTC.RU;

• Сайт психотерапевтической работы со сновидениями: WWW.ORAKUL.RU;

• Сайт по детской психотерапии: www.ncuxo.ru.

Проводимые диагностические исследования:

• краниоскопия;

• электроэнцефалография;

• ультразвуковое исследование внутренних органов;

• ЭКГ;

• общий анализ крови, мочи;

• биохимический анализ крови.

Перечень применяемых методов лечения:

• семейная, групповая, детская психотерапия;

• телесно-ориентированная психотерапия;

• эриксоновский гипноз, гипноз с выработкой безразличия к алкоголю;

• современные методики лечения наркотической и алкогольной зависимости: плазмаферез, УФО крови;

• антиалкогольный аутотренинг;

• СУ-ДЖОК-терапия для больных с алкогольной зависимостью в состоянии отмены;

· СУ-ДЖОК-терапия больным с черепно-мозговыми травмами, неврозами;

· превентивные противорецидивные курсы;

• применение новых атипичных нейролептиков;

• реабилитация наркозависимых больных в стационарных условиях.

На базе ПТЦ действует Кризисный стационар, в котором оказывается стационарная суицидологическая помощь, лечение депрессий, кризисных состояний, психотерапевтическая реабилитация.

Структура ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК :

……………………………………………………….

………………………………………………………..

Роль старшей медицинской сестры ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК

Я работаю в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК с (указать с какого времени работаешь), в течение этого периода работы, неоднократно замещала старшую медицинскую сестру отделения наркологии.

Работа старшей медицинской сестры подчиняется должностным инструкциям, разработанным администрацией и согласованным с профсоюзным комитетом стационара

Должностная инструкция старшей медицинской сестры ГУЗ Краевая

психиатрическая больница МЗ ХК

. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

На должность старшей медицинской сестры отделения назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями.

Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется заведующему отделением.

В своей работе руководствуется официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих органов и должностных лиц, настоящей инструкцией.

Распоряжения старшей медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

Является материально ответственным лицом.

. ОБЯЗАННОСТИ

.1. Организует труд среднего и младшего медицинского персонала и контролирует выполнение ими своих обязанностей.

.2. Обеспечивает условия для нормальной работы врачей и общий порядок в отделении; контролирует наличие в кабинетах врачей необходимых медицинских бланков.

.3. Обеспечивает правильность расстановки кадров среднего и младшего медицинского персонала с прикреплением каждого из них к определенным объектам обслуживания, с последующим утверждением заведующего отделением.

.4. Производит своевременное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу.

.5. Обеспечивает систематическое пополнение отделения медицинским инструментарием, медикаментами, предметами ухода за больными, их распределение и контролирует использование.

.6. Обеспечивает сохранность имущества и медицинского инвентаря в отделении и своевременный ремонт оборудования.

.7. Сопровождает врачей во время обхода, отмечал все назначенные изменения в лечении и уходе за больными.

.8. Контролирует своевременное и точное выполнение назначений врача медицинской сестрой процедурного кабинета и палатными медицинскими сестрами путем проведения регулярных обходов отделения.

.9. Контролирует качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

.10. Обеспечивает правильную организацию питания больных, контролирует получение и доставку пищи из пищеблока больницы, организует ее раздачу.

.11. Выписывает порционные листки для бухгалтерии; составляет сведения о движении больных; контролирует своевременную сдачу историй болезни выписанных больных; обеспечивает своевременное получение из архива историй болезни; составляет график работы и табель на зарплату сотрудников отделения; ведет табель «Учета использования рабочего временю» сотрудников отделения.

.12. Обеспечивает, по заданию заведующего отделением, индивидуальные посты у тяжелобольных.

.13. Контролирует выполнение средним и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка и соблюдение противоэпидемических мероприятий.

.14. Обеспечивает и строго контролирует соблюдение правил асептики и антисептики персоналом отделения, особенно в процедурных, манипуляционных, перевязочных кабинетах и т. д.

.15. Следит за четким соблюдением средним и младшим медицинским персоналом отделения, больными я посетителями правил внутреннего трудового распорядка и режима дня отделения.

.16. Контролирует надлежащее санитарно-гигиеническое состояние помещений отделения.

.17. Обеспечивает правильность хранения и учет сильнодействующих, ядовитых и особо дефицитных медикаментов.

.18. Контролирует выполнение принципов лечебно-охранительного режима.

.19. Под руководством заведующего отделением разрабатывает и контролирует выполнение планов повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала отделения; проводит практические занятия с медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом.

.20. Контролирует выполнение правил приема и перевода в другие стационары, выписки больных средним и младшим медицинским персоналом отделения.

.21. Подготавливает одежду и медицинскую документацию выписываемого больного и, в случае необходимости, обеспечивает больного сопровождающим лицом или транспортом.

.22. Обеспечивает контроль за передачами для больных.

.23. Систематически повышает профессиональную квалификацию.

.24. Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

.25. Участвует в работе Совета медицинских сестер больницы и научных конференциях для медицинских сестер.

.26. Составляет график отпусков сотрудников отделения на год, представляет его на утверждение заведующему отделением, оформляет листки нетрудоспособности персонала, своевременно сдает их в отдел кадров, ведет установленный учет.

. ПРАВА

Старшая медицинская сестра отделения имеет право:

.1. Отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролировать их выполнение.

.2. Требовать от среднего и младшего медицинского персонала и посетителей соблюдения режима дня отделения и правил внутреннего трудового распорядка больницы.

.3. Вносить предложения заведующему отделением о рациональной расстановке среднего и младшего персонала в зависимости от квалификации, опыта и отношения к труду.

.4. Вносить предложения заведующему отделением о поощрении наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу.

.5. Повышать свою профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке.

.6. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

.7. Принимать решения в пределах своей компетенции.

.8. Принимать участие в совещаниях, проводимых в больнице и в отделении, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к ее компетенции.

.9. Вносить предложения заведующему отделением и главной медицинской сестре по вопросам улучшения организации работы отделения, а также улучшения организации и условий своего труда и труда среднего и младшего медицинского персонала.

.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы; материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством и заключаемым с ней договором за вверенное имущество.

Организация сестринского ухода за ВИЧ-инфицированными в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК

Медицинская деонтология представляет собой совокупность этических норм, которые должны соблюдать медицинские работники при выполнении своих профессиональных обязанностей. Деонтология предусматривает преимущественно нормы взаимоотношений с больными, в то время как медицинская этика - более широкий круг проблем: взаимоотношения с больными и отношения между медицинскими работниками, отношения с родственниками больного, здоровыми людьми. Соблюдение нравственных норм в процессе медицинской деятельности обеспечивается силой общественного воздействия, традициями и личной убежденностью человека.

В отделение наркологии ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» поступают пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью. За 2009 год было пролечено 1217 больных, из них 152 (12,5%) - наркозависимые. У 21 (13,8% от общего числа больных наркоманией) пролеченного больного наркоманией впервые было выявлено заражение ВИЧ-инфекцией.



Данная патология как сама по себе, так и в сочетании с основным заболеванием существенно меняет качество жизни пациента. Психические нарушения на этапе сообщения диагноза ВИЧ-инфекции могут протекать по типу психогенных реакций, таких как беспокойство о продолжительности жизни и ее качестве, финансовой стабильности и занятости; опасения по поводу грядущего одиночества, ожидаемой социальной изоляции.

Проблемы адаптации пациентов ввиду отсутствия штатных психологов ложатся на плечи врачей и медицинских сестер. Поэтому медицинская сестра должна обладать хорошими коммуникативными навыками, владеть приемами психоанализа, сестринской педагогики.

Важно помочь пациенту решить, кому и каким образом сказать о своем заболевании и проводимом лечении.

Пациент должен четко осознавать, что дальнейшее течение ВИЧ-инфекции во многом будет зависеть от его поведения и образа жизни. В частности, прием психоактивных препаратов, алкоголя, наркотиков должен рассматриваться не как способ ухода от реальности, а как фактор, усугубляющий развитие ВИЧ-инфекции и способствующий ее более тяжелому течению.

Необходимо объяснить пациенту, что социальный и бытовой контакт, совместное общение, пользование общей столовой посудой и приборами, плавательными бассейнами и туалетами при правильной их обработке, пребывание в одном помещении ни для кого не представляет риска и позволяет сохранить ощущение социального единства.

После периода психической адаптации к создавшейся ситуации необходимо подробно и тщательно рассмотреть возникающие перед пациентом проблемы, наметить пути их решения и ориентировать пациента на ответственное и взвешенное поведение в жизни, которая уже имеет как новое качество, так и определенные ограничения.

Медицинские сестры могут и должны обучить пациентов с ВИЧ-инфекцией правильно вести себя не только в больнице, но и в семье, обществе. У пациентов, адаптированных к своему диагнозу, сохраняется социальная значимость и высокий уровень жизни.

Лица, инфицированные ВИЧ, могут лечиться, не создавая опасностей для других.

В целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции пациент должен соблюдать правила инфекционной безопасности и инфекционного контроля. Важно соблюдать чистоту и в местах общего пользования - ванных комнатах, душевых, туалетах. В целях достижения наибольшей эффективности курса лечения больному необходимо соблюдать режим труда и отдыха, правильно питаться.

ВИЧ-инфицированный является полноправным членом нашего общества. Согласно п. 1 ст. 5 Федерального закона "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека", "ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией РФ, законодательством субъектов РФ".

Медицинский персонал несет моральную и юридическую ответственность за сохранение и неразглашение медицинской тайны.

Меры индивидуальной профилактики ВИЧ-инфекции в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК

Все подразделения Краевой психиатрической больницы со 02 мая 2010 года работают по новым санитарно- эпидемиологическим требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (СанПиН 2. 1. 3. 2630- 10), принятым Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Медицинские мероприятия обеспечения инфекционной безопасности включают в себя:

• противоэпидемические;

• санитарно-гигиенические;

• лечебно-профилактические;

• дезинфекционные, дератизационные и дезинсекционные

Для эффективного осуществления вышеуказанных мероприятий существует большой перечень специальных средств. К ним относятся:

• Средства стерилизации и дезинфекции, предназначенные для уничтожения или подавления жизнедеятельности микроорганизмов. Используют вещества, содержащие хлор или перекись водорода, различные спирты, четвертично-аммонийные соединения, щёлочи, альдегиды и другие соединения.

• Диагностические тесты и приборы. В настоящее время разработаны диагностические тест-системы практически ко всем известным возбудителям инфекционных заболеваний. Для идентификации патогенных агентов применяют реакцию иммуноферментного анализа (ИФА), полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Чувствительность этих реактивов такова, что позволяет обнаружить даже минимальное количество возбудителя (10-7-10-11 г/см3).

• Средства для экстренной и плановой профилактики. В качестве средства экстренной профилактики заболеваний бактериальной природы применяют антибиотики (препаратом выбора является доксициклин). Для плановой профилактики в соответствии с национальным календарём профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям используются вакцины (приказ № 229 от 27.06.2001) .

Одним из первых шагов с целью соблюдения новых санитарно- эпидемиологический требований в целях профилактики внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией в нашем стационаре было организовано обучение и контроль выполнения требований к гигиене рук медицинским персоналом.

Приведу некоторые пункты данных требований:

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия:

**-** коротко подстриженные ногти;

**-** отсутствие лака на ногтях;

**-** отсутствие искусственных ногтей;

**-** отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений.

Перед обработкой рук необходимо снять также часы, браслеты и пр.

Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования.

Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

Гигиеническая обработка рук.

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

перед непосредственным контактом с пациентом;

после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;

обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера).

Гигиеническая обработка рук спиртосодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводится путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.).

Согласно требований СанПиН 2. 1. 3. 2630- 10 пересмотрены и разработаны требования к использованию одноразовых перчаток. Привожу некоторые пункты данных требований.

Перчатки в целях профилактики гемоконтактных инфекций необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

Также согласно требований СанПиН 2. 1. 3. 2630- 10 разработаны профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

**-** При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

**-** Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком.

**-** При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

**-** При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.

**-** При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем.

**-** По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита B и ВИЧ-инфекции в соответствии с приложением 12 СанПиН 2. 1. 3. 2630- 10.

**-** При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК

профилактика вич инфекция эпидемический

Согласно требований СанПиН 2. 1. 3. 2630- 10. нами изменены и дополнены мероприятия по дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария.

В целях профилактики внутрибольничных инфекций в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель лечебного учреждения, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами.

Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ГУЗ Краевая психиатрическая больница должна регулярно обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации изделий медицинского назначения, а также стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в том числе химическими индикаторами).

Отделения стационара обеспечены отдельными емкостями с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);

для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;

для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств снабжены плотно прилегающими крышками, имеют четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:

плановой;

по эпидемиологическим показаниям;

по санитарно-гигиеническим показаниям.

При плановой профилактической дезинфекции в ЛПУ проводится:

обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения;

гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

обработка операционного и инъекционного полей;

полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

обеззараживание медицинских отходов классов Б и В…

Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии, по методике проведения генеральных уборок.

Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций…

Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже одного раза в месяц; перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных - один раз в неделю.

При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях используются стерильные изделия медицинского назначения, которые после использования подвергаются при профилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделия многократного применения - также предстерилизационной очистке и стерилизации.

Предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся в централизованном стерилизационном отделении.

Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельного процесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней.

Ее цель - удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в том числе остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

Целью стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним, используемых в диагностических и лечебных целях с нарушением целостности тканей (то есть используемых при стерильных эндоскопических манипуляциях), является обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и споровых форм.

Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации используются химические, физические средства, оборудование, аппаратура и материалы, разрешенные к применению в ЛПУ в установленном в Российской Федерации порядке, не оказывающие неблагоприятного воздействия на человека.

При выборе средств учитываются рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

Для проведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больных применяются малоопасные дезинфекционные средства (IV класса опасности).

В ГОУ Краевая психиатрическая больница для хранения дезинфицирующих средств выделены специально отведенные места, отвечающих установленным требованиям СП 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности", зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2003, регистрационный N 4757.

С целью профилактики внутрибольничного заражения медицинского персонала Краевой психиатрической больницы, также разработаны и четко выполняются требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения. Контроль за их выполнением осуществляют старшие медицинские сестры отделения и врач-эпидемиолог стационара.

Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается. Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения).

Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в микологических стационарах (кабинетах) - по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон).

Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее - "раствор") с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой проб на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в централизованных стерилизационных.

Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионно-стойких металлов, стекла, белье, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

Воздушным методом стерилизуют детали приборов и аппаратов изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

При паровом, воздушном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.

Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.

Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

В целях защиты пациентов и персонала ГУЗ Краевая психиатрическая больница от внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией организуется и проводится производственный контроль соблюдения требований санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10. при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.

Производственный контроль включает:

наличие в организации официально изданных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;

назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственного контроля;

организацию лабораторно-инструментальных исследований;

контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность и безвредность продукции, работ и услуг;

визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела плана производственного контроля ЛПУ, включающего программу лабораторно-инструментального контроля. План производственного контроля разрабатывает врач-эпидемиолог, ответственный за организацию и проведение производственного контроля, утверждает руководитель лечебно-профилактической учреждения.

Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, регулярно представляет отчет руководителю организации об исполнении плана для принятия соответствующих организационных мер.

Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ГОУ Краевая психиатрическая больница являются:

отрицательные результаты посевов проб со всех объектов внутрибольничной среды (в том числе контроль стерильности);

показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы.

# Технологии обеспечения мер безопасности при работе с ВИЧ-инфекцией в условиях ГОУ Краевая психиатрическая больница

При оказании мед. помощи возможно распространение ВИЧ инфекции:

от пациента пациенту при нарушениях требований противоэпидемического режима;

от пациента медработнику и наоборот при несоблюдении мер личной предосторожности:

а)при работе с кровью и другими биологическими жидкостями;

б) при возможных повреждениях кожных покровов медработника иглами, скальпелями и другими инструментами в ходе выполнения процедур, обработки использованных инструментов и т.д.

Возможность возникновения случаев внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией будет исключена лишь при правильном обучении персонала и соблюдении всех требований противоэпидемического режима.

Борьба с инфекцией при оказании медицинской помощи

предусматривает:

) предосторожности в отношении крови и биологических жидкостей;

) предосторожности при проведении инъекций и различных инструментальных манипуляций;

) эффективное применение дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

Для оказания медицинской помощи больным ВИЧ\СПИД в условиях стационара выделяется, по возможности, изолированное помещение (бокс), оснащенное всем необходимым и закрепленным за ним оборудованием, приборами, инструментами (преимущественно разового пользования), емкостями для дезинфекции, аппаратами для стерилизации в целях защиты пациента от заражения оппортунистическими инфекциями.

Меры предосторожности в отношении крови и других биологических жидкостей

При оказании медицинской помощи населению невозможно во всех случаях заранее знать об инфекционном статусе пациента. Особенно важно при оказании экстренной и неотложной помощи относиться к крови и жидким средам организма, как к потенциально зараженным и руководствоваться общими правилами предосторожности:

. Медицинские работники должны использовать индивидуальные средства защиты, позволяющие избежать прямого контакта с ранами и тканями, кровью, спинномозговой жидкостью, секреторными и экскреторными выделениями пациентов или предметами, загрязненными этими биологическими жидкостями. При выполнении манипуляций на медицинском работнике должны быть надеты халат, шапочка (косынка), сменная обувь. Кожа рук защищается резиновыми перчатками, перед надеванием которых необходимо тщательно заклеить лейкопластырем имеющиеся микротравмы и проверить перчатки на целостность.

Во время процедур, при которых могут образовываться брызги или суспензии крови, лабораторных исследованиях, оперативных вмешательствах, ангиографических процедурах и др. надевается непромокаемый халат; для защиты лица, слизистых глаз, носа и рта применяют защитные очки и маски или защитные экраны.

Медицинские работники, принимающие роды у ВИЧ-инфицированных женщин, обязательно должны быть в резиновых перчатках, непромокаемых халатах, фартуках, шапочках, масках, щитках на всех этапах родоразрешения: при вскрытии околоплодного пузыря и излития вод, во время родов, при осмотре плаценты и перевязке пуповины, при всех манипуляциях с ребенком до тех пор, пока кровь и околоплодные воды не будут полностью удалены с его тела.

При проведении стоматологических манипуляций руки персонала должны быть защищены перчатками от контакта со слизистой оболочкой полости рта. При удалении камня, действиях, связанных с разбрызгиванием крови и слюны, обязательно используются маски и защитные очки (щитки).

При изготовлении и примерке перед передачей в мастерскую слепки зубов и протезы подвергаются дезинфекции.

При сердечно-легочной реанимации искусственная вентиляция легких у ВИЧ-инфицированных осуществляется через воздуховод или путем интубации трахеи.

. Медицинские работники с травмами, экссудативными поражениями кожи, мокнущими дерматитами на руках на время заболевания отстраняются от ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода.

. Гигиеническая дезинфекция рук должна осуществляться до и после непосредственного контакта с пациентом или каждым предметом, контактировавшим с кровью пациента или другими биологическими жидкостями. Она проводится до мытья рук (перчаток).

В качестве дезинфектантов используют 70 град. этиловый спирт; 0,5% (по активно действующему веществу) или 2,5% (по препарату) раствор хлоргексидина биглюконата в 70 град. этиловом спирте; 3% раствор хлорамина (только для перчаток) и другие, разрешенные к применению средства.

. Способы обеззараживания рук и перчаток:

протирание двумя тампонами, смоченными одним из вышеуказанных растворов в течение 1 минуты на каждую руку;

нанесение на ладонные поверхности 5 мл 70 град. этилового спирта или 0,5% спиртового раствора хлоргексидина биглюконата и втирание в кожу в течение 2 минут (только для рук);

погружение в таз с 3 литрами 3% раствора хлорамина на 2 минуты (только для перчаток).

После проведения гигиенической дезинфекции необходимо осуществлять тщательное двукратное мытье рук в теплой воде с мылом. Руки (перчатки) вытирать индивидуальным полотенцем.

Правила забора и доставки крови и биологических материалов в клинико-диагностические лаборатории

Необходимо соблюдать меры предосторожности во время забора и транспортировки крови и биологических жидкостей в клинико-диагностические лаборатории лечебно-профилактических учреждений:

. Забор материала на исследование следует производить только в резиновых перчатках. Все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем или напальчником. Работать нужно осторожно во избежание случайных уколов иглой, разбитой посудой.

. Забор крови и биологических материалов производится в сухие, чистые стеклянные или пластмассовые пробирки, флаконы, банки, на лабораторные стекла (материал для бактериологических исследований - в стерильную лабораторную посуду). Категорически запрещается забор крови в пробирки с отбитыми краями.

. Пробирки, флаконы с кровью герметизируют резиновыми пробками, помещают в штативы. Емкости с биологическими материалами (секретами и выделениями организма), лабораторные стекла с мазками (крови, урогинеколо-гическими и т.д.) помещаются в эмалированные лотки или в специальные штативы. Лотки, штативы с пробами крови, биологическим материалом устанавливаются в контейнеры (биксы) с уплотнителем (бумага, вата, поролон) и в таком виде транспортируются в клинико-диагностическую лабораторию.

Контейнер для транспортировки лабораторных проб должен быть герметичным и легко подвергаться дезинфекционной обработке.

. Сопроводительная документация помещается в упаковку (полиэтиленовый пакет), исключающую возможность ее загрязнения биоматериалами. Упаковку с направлениями помещать в контейнер запрещается.

. При заборе крови на ВИЧ-инфекцию направления составляются по форме 264/у-88 в двух экземплярах под копирку. Зачеркивать, вносить изменения, поправки категорически запрещено. Направление должно включать: № п/п; регистрационный номер; фамилию, имя, отчество (полностью); год рождения; пол; домашний адрес; код контингента; дату забора; результат; должность, фамилию, подпись лица, направляющего материал, дату.

Дезинфекции должны подвергаться все изделия медицинского назначения после каждого пациента. Эти мероприятия направлены как на профилактику внутрибольничного распространения инфекции, так и на профилактику профессионального заражения медицинского персонала. С этой целью все изделия немедленно подвергаются дезинфекции после работы с пациентом. Изделия медицинского назначения, которые не должны стерилизоваться, например, мембрана фонендоскопа, термометр и др., готовы к повторному применению сразу после дезинфекции и отмывки от дезинфектанта.

Дезинфекцию инструментов проводят физическим, химическим, биологическим и комбинированным методами.

Вторым этапом обработки инструментов является предстерилизационная очистка. Она проводится после дезинфекции и отмывки инструментов от дезинфектантов.

Предстерилизационной очистке должны подвергаться все используемые изделия медицинского назначения с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений и остаточных количеств лекарственных препаратов перед их стерилизацией.

Все новые инструменты, еще не применявшиеся для работы с пациентами, должны пройти предстерилизационную очистку с целью удаления промышленной смазки и механических загрязнений.

Предстерилизационную очистку осуществляют как ручным, так и механизированным способами (с применением моечных машин, установок).

Третьим этапом обработки изделий медицинского назначения является стерилизация. Она проводится после дезинфекции и предстерилизационной очистки. Стерилизация обеспечивает гибель на стерилизуемых изделиях вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов.

Стерилизации должны подвергаться все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами, а также медицинские инструменты, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызывать ее повреждения.

Технология проведения и контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации регламентированы инструктивно-методическими рекомендациями: отраслевым стандартом ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения»; Методическими указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинского назначения № МУ-287-113 от 30.12.1998 г.; Приказом МЗ СССР от 31.07. 1978 г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»; Приказом МЗ СССР от 12.07.89 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»; Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами», МЗ РФ, от 1 июля 2000 г; Приказом МЗ СССР от 3.09.91 г. № 254 «О развитии дезинфекционного дела в стране»; Приказом МЗ РФ от 26.11.1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» и др.

Меры безопасности при проведении парентеральных и других процедур, связанных с нарушениями целостности кожных покровов для исключения заражения на рабочем месте ВИЧ-инфекцией.

Знание правил ликвидации аварийных ситуаций позволяет значительно снизить риск заражения медицинских работников.

В ГУЗ Краевая психиатрическая больница составлен план ликвидации аварийных ситуаций.

В план ликвидации аварийных ситуаций включены:

1. Инструкция по ликвидации аварийных ситуаций с описанием моделей аварийных ситуаций.

• Тактика поведения медицинского персонала при возникновении той или иной аварийной ситуации должна быть отработана на практических занятиях с последующим тестированием и записью в журнале инструктажа по охране труда.

• Занятия по технике инфекционной безопасности необходимо проводить не реже двух раз в год.

2. Аптечка первой медицинской помощи для профилактики ВИЧ-инфекции с необходимым набором медикаментов, дезинфицирующих средств и предметов общемедицинского назначения.

3. Журнал учёта аварийных ситуаций, в котором фиксируются все обстоятельства аварийной ситуации с указанием даты и времени, места, характера повреждений и первичных профилактических мероприятий.

. Медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции, которая должна начаться как можно раньше после возможного заражения, но не позднее 36 часов с момента аварийной ситуации, для чего необходимо обратиться в местный Центр по профилактике и борьбе со СПИД (центр СПИД). Специалисты центра в зависимости от степени риска инфицирования ВИЧ назначат медикаментозную профилактику.

Поскольку возможность заражения непредсказуема, разработана концепция общих мер предосторожности. Согласно этой концепции все пациенты должны считаться ВИЧ-инфицированными и больными другими инфекционными болезнями, передающимися через кровь. Общие меры предосторожности должны соблюдаться в тех случаях, когда медицинский персонал работает с кровью, либо с любыми другими биологическими жидкостями, в которых можно визуально определить наличие крови.

o Для предупреждения аварийных ситуаций медицинский работник должен использовать индивидуальные средства защиты, позволяющие избежать прямого контакта с кровью.

o Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или другими биологическими жидкостями, следует проводить в резиновых перчатках.

o Перед надеванием перчаток их необходимо проверить на целостность, провести обработку рук, осмотреть кожу рук и при наличии повреждений (порезы, проколы, травмы, воспалительные процессы) тщательно закрыть их лейкопластырем.

o Снятые резиновые перчатки повторно не использовать.

o Каждый раз после снятия перчаток следует провести обработку рук.

o Манипуляции выполняются со строгим соблюдением правил асептики.

o Шприцы, иглы, пинцеты, зажимы, перчатки, системы для переливаний, зонды, катетеры и т.д. после использования подвергаются дезинфекции.

o Одноразовые изделия медицинского назначения (шприцы, системы, инструменты, текстильный материал и др.) после дезинфекции подлежат утилизации в соответствии с требованиями санитарных правил.

o Во время процедур, при проведении которых могут образоваться брызги крови и других биологических жидкостей, целесообразно дополнительно надеть прорезиненный фартук. Для защиты лица, слизистых глаз и носа необходимо использовать защитные очки или лицевые экраны.

o Следует соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, ножницы и т.д.); при открытии флаконов, бутылок, не допускать уколов, порезов перчаток и рук. Например, упавшие на пол иглы поднимать при помощи пинцета или зажима; для предупреждения ранениями иглами не надевать защитный колпачок на иглу после инъекции; никогда не снимать многоразовые иглы со шприцев до дезинфекции.

o Недопустимо производить забор крови из вены через иглу непосредственно в пробирку.

o Все манипуляции по забору крови и сыворотки должны выполняться при помощи резиновых груш, автоматических пипеток, дозаторов.

o Любые ёмкости с кровью, другими биологическими жидкостями, тканями, кусочками органов сразу же на месте забора должны плотно закрываться резиновыми или пластмассовыми пробками и помещаться в контейнер.

o Транспортировка проб крови и других биоматериалов должна осуществляться в штативах, помещённых в контейнеры (биксы, пеналы), исключающих самопроизвольное или преднамеренное открывание их крышек в пути следования (замок, пломбировка).

o В ходе проведения реанимационных мероприятий, в частности искусственной вентиляция лёгких по принципу «изо рта в рот», настоятельно рекомендуется использовать защитные приспособления: салфетки, смоченные в дезинфицирующем растворе, или воздуховоды.

Меры, предпринимаемые в случае аварии

Все рабочие места обеспечены одним из дезинфицирующих растворов (3% раствор хлорамина Б, 70 град. этиловый спирт, 6% раствор перекиси водорода и др.) и аптечкой первой помощи: 70 град. этиловый спирт, 5% спиртовый раствор йода, навеска сухого марганцевокислого калия 50 мг и 100 мл дистиллированной воды (для приготовления 0,05% раствора марганцевокислого калия), 30% раствор сульфацила натрия, бактерицидный пластырь, глазные пипетки, стерильные ватные шарики, а также предметы общемедицинского назначения (бинты, жгут, нашатырный спирт, градусник и др.).

При попадании крови (или другого заразного материала) на халат, одежду это место немедленно обработать одним из растворов дезинфицирующих средств, затем обеззаразить перчатки, снять халат и замочить в одном из дезрастворов. Обувь обработать двукратным протиранием ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой протирают 70 град. этиловым спиртом.

Открытые части тела при попадании на них крови обрабатывают 70 град. этиловым спиртом, моют водой с мылом и повторно обеззараживают 70 град. спиртом.

При попадании крови на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, глаза промывают под проточной водой и вводят несколько капель 30% раствора сульфацила натрия. Рот и горло дополнительно прополаскивают 70 град. этиловым спиртом или 0,05% раствором марганцевокислого калия.

При повреждении кожных покровов (порез, укол) необходимо:

перчатки (если работа проводилась в них) обработать дезинфицирующим раствором;

снять перчатки;

выдавить из ранки кровь;

обработать руки 70º этиловым спиртом;

тщательно вымыть руки водой с мылом;

обработать рану 5% раствором йода.

В лабораториях при аварии во время работы на центрифуге крышку необходимо открывать медленно и только спустя 40 минут после остановки. Все центрифужные стаканы и разбитое стекло помещают в дезраствор на 2 часа, внутреннюю и наружную поверхности центрифуги и крышки дезинфицируют (3% раствором хлорамина Б, 6% раствором перекиси водорода, 70 град. этиловым спиртом и др.).

Возникшая аварийная ситуация должна быть зафиксирована с указанием даты и времени в специальном журнале, зарегистрированы характер повреждений и мероприятия, направленные на ликвидацию аварии, ставятся подписи членов комиссии по профилактике распространения внутрибольничных инфекций.

Журнал аварийных ситуаций оформляется по следующей форме:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название ЛПУ, структурного подразделения | | | | |
| № п/п | ФИО и должность медработника, домашний адрес и телефон | Дата, время и место аварийной ситуации | Обстоятельства аварийной ситуации, характер повреждений | Объём первой медицинской помощи |
|  | Сиворук Л.М., медсестра. Н-ск, ул. Захолустная, дом 1 | 1 апреля 2010, процедурный кабинет | при удалении иглы из локтевой вены кровь пациента попала на кожу лица, в глаза | кровь стёрта тампоном, смоченным в 70% спирте, лицо вымыто водой с мылом; глаза промыты 0,05% раствором марганцовокислого калия |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название ЛПУ, структурного подразделения | | | | |
| ФИО, возраст, домашний адрес пациента | Состоит на учёте в центре СПИД | Кому и когда доложено об аварии | Дата постановки пострадавшего медработника на учёт | Подпись ответственного за профилактику ВИЧ-инфекции |
| Сивоног Н.О., 25 лет. Н-ск, ул. Захолустная, дом 2 | с 2009 года | заведующему отделением, старшей медсестре | 2 апреля 2010 г. | старшая медсестра |

Регистрация и заполнение журнала находятся под ежедневным контролем старшей медицинской сестры отделения.

На занятиях по профилактике внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией, весь средний медицинский персонал предупрежден, что в случае отсутствия документов, подтверждающих факт аварии, травматизма, профессионального заболевания медицинскому работнику будет отказано в получении страхового государственного пособия.

Важным элементом безопасности на рабочем месте является проведение химиопрофилактики после аварий, повлекших за собой непосредственный контакт с ВИЧ. Вопрос необходимости проведения химиопрофилактики решается членами комиссии по профилактике распространения внутрибольничных инфекций с привлечением специалиста соответствующего профиля.

В рамках проводимого мною исследования был проанализирован риск заражения медицинских работников ВИЧ-инфекцией в процессе профессиональной деятельности.

Риск заражения ВИЧ возникает при следующих ситуациях:

контакт с потенциально опасными биологическими жидкостями (кровь, жидкости, содержащие видимую кровь);

наличие явных следов крови на травмирующем инструменте;

предшествующее введение иглы в вену или артерию больного;

сравнительно большая глубина раны.

Несмотря на выросшее число больных с ВИЧ-инфекцией за период с 2006 по 2011 годы, лиц из числа медицинского персонала, заразившегося ВИЧ-инфекцией на рабочем месте выявлено не было. Количество аварийных ситуаций, по данным врача-эпидемиолога, не выросло.

В исследовании приняло участие 28 медицинских сестер различных отделений ГУЗ «КПБ» в возрасте от 30 до 57 лет. Подавляющее количество испытуемых - это медицинские сестры со средним специальным образованием и по 4 медицинские сестры имеют повышенный уровень или высшее сестринское образование.







Преобладающее количество респондентов состоит в браке - 46,4% и по 26,8% не замужем или разведены, 17% медицинских сестер не имеют детей, а остальные 83% имеют 1,2 и более детей.

Среди респондентов 53,8% работают в должности палатной м/с, процедурными м/с - 24,6%, ст.м/с - 7,2% и другое - 14,4%. По 35,7% респондентов имеют медицинский стаж от 6 до 10 лет и более 15 лет, 7,2% - до 5 лет и 21,4% - от 11 до 15 лет. Анализируя ответы опрошенных медицинских сестер, мы сделали вывод о том, что в различных отделениях ГУЗ «КПБ» о возможных путях заражения ВИЧ-инфекцией осведомлены 100%, также абсолютно весь средний медицинский персонал знает о профессиональных рисках заражения ВИЧ-инфекцией. Это свидетельствуют о высокой профессиональной подготовке медицинских кадров, не зависимо от стажа работы и занимаемой должности.



О первой помощи при авариях (порезе, уколе) знают 100 % опрошенных. Большинство респондентов - 85% получили информацию в учебных заведениях, остальные 15% получили комплексную информацию на конференциях, от ст. м/с и из других источников.



В журнале аварийную ситуацию (порез, укол) фиксируют 75% респондентов, а 25% - не фиксируют. При уточняющем вопросе «Знают ли м/с о процедуре занесения аварийных ситуаций в журнал?» все ответили положительно. Никто из них не смогли объяснить факт отсутствия регистрации пореза, укола в журнале. 100% участников опроса утверждают, что ст. м/с проводит занятия по профилактике профессионального заражения ВИЧ- инфекцией.



На вопрос «Как часто старшая медицинская сестра проводит занятия?» 82% медсестер ответили, что 1 раз в год, 7,2% - 1 раз в месяц и вообще не посещают занятия - 10,8%. При этом 100% респондентов знают о существовании нормативных актов и приказов по профилактике ВИЧ- инфекции.



Выводы и заключение

Персонал, который оказывает медицинскую помощь непосредственно лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, столкнулся с проблемой, требующей мобилизации профессиональных знаний, четкого исполнения своих должностных обязанностей и человеческого понимания, стремления прийти на помощь больному. Поэтому дальнейшее течение эпидемии ВИЧ-инфекции зависит, в числе прочего, и от желания и способности персонала, осуществляющего медико-санитарную помощь и уход за инфицированными ВИЧ, решить эту проблему.

Администрация ГУЗ Краевая психиатрическая больница, главная медицинская сестра, старшие медицинские сестры отделений стараются создать комфортные условия труда, рационально использовать как творческий, так и профессиональный потенциал средних медицинских работников.

Таким образом, благодаря обучению и воспитательной работе со средним и младшим медицинским персоналом как лечебных подразделений, так и вспомогательных, диагностических кабинетов удается обеспечить единство требований к персоналу по соблюдению противоэпидемического режима в плане снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией при выполнении ими манипуляций по лечению ВИЧ-инфицированных пациентов и уходу за ними.

Опыт показывает, что важнейшим направлением деятельности старшей медицинской сестры является обеспечение высокого качества ухода за больными, контроль за работой среднего медперсонала, обучение и воспитание медицинских сестер. Правильно сформированная система управления сестринским персоналом позволяет добиться хороших результатов по обеспечению высокого уровня сестринского ухода.

В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

. Оказание медицинской помощи всем пациентам в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК независимо от ВИЧ-статуса осуществляется в соответствии с нормативными документами МЗ РФ ВИЧ/СПИД. Данное утверждение основано на результатах анкетирования м/с стационара.

. Владение методами проведения первичной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией медицинским персоналом среднего звена во время выполнения медицинских процедур удовлетворительное, но требует постоянного обучения персонала, т.к. несмотря на высокую осведомленность среднего медицинского персонала, выявлены проблемы в несоблюдении правил регистрации аварийных ситуаций в соответствующую документацию.

. На первый план в вопросах профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена выходит информационно-пропагандистская роль старшей медицинской сестры и усиление контроля старшей медицинской сестры за деятельностью персонала.

После проведенного исследования в качестве рекомендаций для усиления роли старшей медицинской сестры в профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена мы предлагаем следующее: 1. Организовывать обучающие семинары-тренинги по проблеме ВИЧ/СПИД, особенностям ухода за ВИЧ-экспонированными пациентами не реже 1 раза в квартал.

. В своей работе по обучению медицинских сестер профилактике внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией сестры должны использоваться современные формы и методы обучения профилактике ВИЧ/СПИД (демонстрация учебных видеофильмов, мультимедийных презентаций).

. Более широко привлекать средних медицинских работников для участия в научно-практических конференциях по проблеме ВИЧ/СПИД.

Проведя исследовательскую работу, мною были сделаны следующие выводы:

. Уход за всеми больными в ГУЗ Краевая психиатрическая больница МЗ ХК независимо от ВИЧ-статуса осуществляется в соответствии с нормативными документами МЗ РФ ВИЧ/СПИД.

. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от больного медицинской сестре при нарушении правил ухода за ВИЧ-инфицированными является достаточно актуальной.

. Владение методами проведения первичной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией медицинским персоналом среднего звена во время выполнения медицинских процедур удовлетворительное, но требует постоянного обучения персонала.

. На первый план в вопросах профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена выходит информационно-пропагандистская роль старшей медицинской сестры и усиление контроля старшей медицинской сестры за деятельностью персонала.

Предложения

. С целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников среднего звена организовывать обучающие семинары-тренинги по проблеме ВИЧ/СПИД, особенностям ухода за ВИЧ-экспонированными пациентами.

. В своей работе по обучению медицинских сестер профилактике внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией сестры должны использоваться современные формы и методы обучения профилактике ВИЧ/СПИД (демонстрация учебных видеофильмов, мультимедийных презентаций).

. Сделать доступным для медперсонала Интернет-ресурсы по проблеме ВИЧ/СПИД.

. Более широко привлекать средних медицинских работников для участия в научно-практических конференциях по проблеме ВИЧ/СПИД.

. Регулярно организовывать встречи медицинских сестер с ведущими специалистами по проблеме ВИЧ/СПИД.

. С целью предупреждения внутрибольничныз инфекций, следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком для обработки рук до и после контакта с больным.