

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
И ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Выпускная квалификационная работа на тему:
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАЦИОНАРА В ОРГАНИЗАЦИИ И
ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

**Фахрутдиновой Эльмиры Ильгизаровны
студента заочного отделения
группа №841**

«Допущена к защите»

Зам.декана ФСР и ВСО:

Протокол № _____ от _____

Морозова О.Н.

Заведующий кафедрой:

Научный руководитель:

к.м.н. асс. Фролов Д.Н.

«Прошла защиту»

Оценка _____

КАЗАНЬ 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ЭТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ.....	6
1.1. Медицинская сестра, как первичное звено в профилактической работе.....	6
1.2. Должностные инструкции медицинских сестер в том числе , в профилактической работе.....	8
ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ.....	13
2.1 Роль медицинской сестры в профилактике ВБИ.....	13
2.2 Роль палатной медицинской сестры в профилактике внутрибольничной пневмонии.....	18
2.3 Роль медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений.....	22
2.4 Роль медицинской сестры в профилактике послеоперационных осложнений.....	29
ГЛАВА 3 ПРОБЛЕМЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....	35
3.1 Роль пациента в профилактике постинъекционных осложнений.....	35
3.2 Анализ работы медицинской сестры стационара в профилактике постинъекционных осложнений.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	53
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	56
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	61

ВВЕДЕНИЕ

Профилактика – это комплекс мероприятий, которые направлены на предупреждение проблемы или явления еще до их возникновения, или же это предотвращение различного рода факторов риска относительно этой же проблематики.

Наиболее распространена на государственном уровне в нашей стране именно медицинская профилактика. В этой области знания их выделяют три типа:

1. Первичная профилактика. Это система мер, направленная на выявление причин заболевания и их устранения. Основная цель данных методов: активизация сил организма для противостояния воздействию отрицательных факторов.

2. Вторичная. Это уже комплекс мероприятий именно оборонного характера: выявление и предупреждение рецидивов, прогрессирования патологического процесса и т. д.

3. Третичная. Это элемент вторичной профилактики, который не всегда и выделяется в отдельный пункт. Это может быть реабилитация больных, инвалидов, у которых утрачена возможность к полноценной жизнедеятельности.

От медицинского работника требуется хорошее настроение и готовность поддержать пациента улыбкой.

Любое врачебное назначение для медсестры — это закон. Медицинская сестра обязана знать всё, что происходит в отделении. Любая конфликтная ситуация с пациентами — это ее недоработка.

Медсестре всегда надлежит быть аккуратной, собранной. Ей не позволено перепутать назначения, диагноз, анализы, лекарства. От этого порой зависит здоровье и даже жизнь человека.

Медсестра, как и все медицинские работники, находится в группе риска. Оказывая больному помощь, она может подхватить опасную болезнь.

Медсестра занимается санитарным просвещением.

Наиболее актуален вопрос о постинъекционных осложнениях.

Источником инфекции может быть любой медицинский инструментарий, что может привести к осложнениям.

Проводимые исследования показывают, что уровень внутрибольничной инфекции может быть снижен на треть с помощью улучшенного ухода за катетером канюлей и использованием более совершенного оборудования.

При максимуме внимания к выбору оборудования и процессу лечения, уровень ангиогенного сепсиса (АС) существенно снижается.

Это снижение приводит к значительному сокращению продолжительности лечения, т.к. АС приводит к увеличению пребывания больного в клинике в среднем на одну неделю.

Этот вопрос актуален и заставляет искать новые пути подхода к решению данной проблемы, выявления основных причин постинъекционных осложнений, их систематизации, профилактики, лечения и обоснования врачами необходимости каждой инъекции.

Целью данной работы является – изучение роли медицинской сестры по профилактике постинъекционных осложнений.

Для реализации поставленной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить актуальность проблемы постинъекционных осложнений
2. Изучить причины возникновения осложнений
3. Рассмотреть основные постинъекционные осложнения и выявить меры их профилактики
4. Провести практическое исследование на примере ГАУЗ "Городская больница №11" г. Казань

Предмет исследования - современные аспекты работы медицинской сестры процедурного кабинета.

Объект исследования - профилактика постинъекционных осложнений.

Методы исследования:

1. Теоретический: анализ литературных данных.

2. Статистический: анализ основных показателей работы процедурного кабинета ГАУЗ "Городская больница №11" г. Казань

3. Социологический: проведение анкетирования среди пациентов и медицинских сестер, подведение итогов.

Гипотеза - усовершенствование деятельности медицинской сестры процедурного кабинета снижает риск возникновения постинъекционных осложнений.

ГЛАВА 1 ЭТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1.1 Медицинская сестра, как первичное звено в профилактической работе

Медицинская сестра – это помощник врача.

Мнение о том, что профессия медицинской сестры не позволяет развиваться, а продвижение по службе практически невозможно является напрасным. Отношение к медсестре на сегодняшний день заметно изменилось как к специалисту. Не смотря на то, что возможность занять должность старшей медсестры отделения или главной медсестры остается довольно призрачной, подтвердить и укрепить свой профессионализм можно всегда. Для этого нужно ставить перед собой цели и добиваться их.

Для многих специалистов среднее профессиональное образование является лишь ступенью для осуществления цели. Оно может стать этапом на пути к получению квалификации врача. Многие, стремящиеся к получению звания врача, используют эту возможность, чтобы проверить силы, утвердиться в своем решении.

Существует классификация медицинских сестер¹. И, несмотря на то, что образование требуется одно и то же, спектр обязанностей у всех разный. Итак, какие же бывают специальности медсестер?

Главная медицинская сестра – ее главная задача – контроль. Именно этот сотрудник вносит корректировки в работу среднего и младшего медицинского персонала².

Обязанности главной медицинской сестры заключаются в ежедневной работе со средним медперсоналом. На нее возлагается очень большая ответственность.

¹Вебер В. Р., Чуваков Г. И., Лапотников В. А. Основы сестринского дела; Медицина - Москва, 2013. –С.39.

²Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение / Д. А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса. - 14-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2015. – С.282.

В инструкции с обязанностями главной медицинской сестры конкретно разъясняет ее статус как руководителя. Она обязана не только следить за работой младших медицинских работников, рационально организовывать их труд, заниматься повышением квалификации своих подчиненных. Сюда относится проведение аттестации, присвоение и подтверждение категорий, организация конкурсов профессионального мастерства и вся организационная работа в целом.

Именно главная медсестра отвечает за все лекарства, ведет их учет и выписку. От ее умения и своевременного контроля зависит не только слаженность работы персонала, но и своевременность проведения всех необходимых плановых мероприятий. По сути, должность главной медсестры - промежуточная между руководством лечебного учреждения и его персоналом.

Старшая медицинская сестра. Главная функция – соблюдение порядка на вверенной ей территории, управление собственными подчиненными.

Постовая медсестра – следит за тем, чтобы пациенты строго выполняли все назначения врача: принимали лекарства, соблюдали постельный режим или диету.

Процедурная медсестра- ответственна за инъекции и капельницы, назначенные доктором. Помимо этого, она берет кровь на анализы и относит их в лабораторию³.

Медсестра-анестезист–помогает врачу анестезиологу, подготавливает наркозно-дыхательную и контрольно-диагностическую аппаратуру к работе, осуществляет контроль ее исправности, правильности эксплуатации, техники безопасности. Подготавливает свое рабочее место. Осуществляет контроль за состоянием пациента во время анестезии, интенсивной терапии и реанимации.

Контролирует дозировку лекарственных средств во время преднаркозной подготовки, наркоза, посленаркозного периода.

³ Отвагина, Т.В. Терапия : учебное пособие / Т. В. Отвагина. – 6-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. –С.264 .

Операционная медсестра – это помощник хирурга во время операции. Она подготавливает операционную перед операцией, подготавливает инструментарий. В дальнейшем она выполняет все указания хирурга.

Участковая медсестра – это специалист, который работает с участковым врачом. Чаще всего это должность сопряжена с бумажной волокитой: заполнение карточек, работа с документами, ведение учета и так далее.

Младшая медицинская сестра – все обязанности в основном сводятся к уходу за пациентами, уборка помещений.

1.2. Должностные инструкции медицинских сестер в том числе в профилактической работе

Должностная инструкция медицинской сестры – это документ, в котором содержатся сведения о требованиях к данной профессии, должностных обязанностях и правах сотрудника. Универсальной бумаги такого рода не существует, точный перечень информации определяется конкретным местом работы медсестры.

Общими требованиями к медицинским сестрам относятся:

- следить за наличием у персонала больницы или поликлиники соответствующей формы одежды;
- контролировать соблюдение правил внутреннего распорядка;
- проводить инструктаж подшефных сотрудников;
- выполнять рекомендации старших специалистов;
- соблюдать санитарно-гигиенический режим в отношении больных;
- составлять предварительный график работы, вести табеля, замещать заболевших сотрудников;
- контролировать приход и расход медикаментов, вспомогательных инструментов;

- вести учет сильнодействующих препаратов, ядов, продуктов, обладающих наркотическими свойствами⁴.

Инструкции медицинских сестер подразумевают не только обязанности, но и права сотрудников. Среди последних - возможность повышения квалификации, получение всей необходимой для полноценной рабочей деятельности информации.

Работа в перевязочном кабинете. В перечень ее непосредственных обязанностей, как правило, входят:

- выполнение врачебных назначений;
- подготовка инструментов к дальнейшей обработке (стерилизации изделий);
- контроль состояния вверенного помещения (перевязочного кабинета);
- учет, хранение, а при необходимости и пополнение изделий и медикаментов для полноценной работы перевязочного кабинета;
- ведение документации в рамках своей деятельности;
- обеспечение санитарно-гигиенических норм⁵.

Для выполнения перечисленных обязанностей, перечень которых может быть расширен, перевязочная медсестра должна иметь среднее профессиональное образование, учитывать законы и официальные рекомендации в здравоохранении, уметь использовать медицинский инвентарь и вести учетно-отчетные документы.

Работа в процедурном кабинете во многом схожа с приведенными выше, однако функции таких сотрудников все же незначительно отличаются и сводятся к следующему:

- забор крови для анализов;
- проведение проб на аллергию;

⁴Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина. - 4-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. -С.265.

⁵Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела : учебное пособие Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина. - 21-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. -С.465.

- учет поступающих изделий и медикаментов, а при необходимости и их заказ;
- выполнение лечебных и диагностических манипуляций в рамках своих прав⁶;
- строжайшее соблюдение санитарных норм.

Итак, согласно инструкции обязанности медсестры, работающей в процедурном кабинете отделения стационара, включают в себя:

- осуществление лечебно-диагностических процедур по врачебным назначениям;
- обеспечение работы процедурного кабинета и наличия необходимых материалов, то есть регулярная проверка наличия инструментов, перевязочного материала, лекарственных средств.
 - забор крови из вены на биохимическое исследование и отправка ее в лабораторию;
 - обеспечение строгого учета и хранения лекарственных средств, своевременное заполнение медицинских документов по специальным формам;
 - следование нормам и правилам медицинской этики (хранение медицинской тайны, соблюдение субординационных отношений, доходчивое и терпеливое объяснение пациентам назначений врача);
 - следование правилам внутреннего трудового распорядка;
 - периодическое повышение квалификации;
 - подготовка кабинета к приему пациентов;
 - проведение кварцевания и проветривания кабинета по утвержденному администрацией лечебного учреждения графику

При этом стоит учесть, что структура инструкции обязательно должна включать наряду с разделом обязанности еще и ее права. К данной категории относятся:

⁶ Гридина С. Должностные инструкции медицинских сестер в различных сферах / С. Гридина // [электронный ресурс]: <http://fb.ru>

- обоснованное предъявление требований к администрации по вопросу создания условий работы, позволяющих качественно и своевременно выполнять функциональные обязанности медсестры;
- осуществление контроля над работой младшего медицинского персонала;
- внесение предложений руководству отделения по вопросам улучшения функционирования ЛПУ (в пределах компетенции медсестры);
- принятие участия в конференциях и собраниях среднего медицинского персонала;
- обжалование действий руководства отделения главному врачу лечебного учреждения.

Помимо прав и обязанностей, должностная инструкция медсестры предусматривает также определенную ответственность среднего медицинского работника, которую он несет на своем рабочем месте, за:

- технику безопасности при осуществлении медицинских процедур, соблюдение норм антисептики, асептики;
- сохранность медикаментов и оборудования кабинета; - своевременность и правильность заполнения документации процедурного кабинета.

Таким образом, знание структуры и основных пунктов своих должностных обязанностей медсестры процедурного кабинета позволит, с одной стороны, не допустить нарушений ее прав, а с другой - определить зону ответственности на рабочем месте⁷.

Медицинская сестра кабинета профилактики занимается санитарно просветительной работой, активно участвует в проведении периодических медицинских осмотров.

Знания медицинской сестры должны быть достаточно широкими. Необходимо знать законы и права, касающиеся ее непосредственной работы.

⁷ Стростина Е. Функциональные обязанности медсестры процедурного кабинета, ее права и ответственность / Е. Старостина // [электронный ресурс]: <http://fb.ru>

В своей работе медсестра руководствуется законами, приказами непосредственного руководителя, материалами, связанными с вопросами медицины, уставом учреждения, правилами трудового распорядка и должностной инструкцией (исключительно настоящей)⁸.

В этот список входит в основе своей следующее: уход за пациентами и больными, оказание медпомощи до прихода врача; стерилизация инструментов, перевязочного материала; контроль за хранением, расходом и использованием лекарственных препаратов, их учет. Медицинская сестра также занимается обеспечением исключительно правильного прохождения пациентом процедур, а также фиксацией данных о состоянии больного⁹. Она ставит капельницы и инъекции в стационаре, берет пробу крови, готовит инструменты и препараты перед операцией; измеряет давление и температуру, делает инъекции, накладывает повязки и тому подобное. Это особенно касается представителей этой профессии, работающих в травмпунктах, школах и отделениях травматологии.

⁸Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учеб.пособие / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 17-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. –С. 289.

⁹ Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.512.

ГЛАВА 2 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

2.1 Роль медсестры в профилактике ВБИ

Внутрибольничные инфекции –это инфекционные заболевания различной этиологии, возникшие в связи с пребыванием в лечебно-профилактическом учреждении. Инфекция считается внутрибольничной, если она развилась не ранее 48 часов после поступления больного в стационар. Распространенность внутрибольничных инфекций (ВБИ) в медицинских учреждениях различного профиля составляет 5-12%. Наибольший удельный вес внутрибольничных инфекций приходится на акушерские и хирургические стационары (отделения реанимации, абдоминальной хирургии, травматологии, ожоговой травмы, урологии, гинекологии, отоларингологии, стоматологии, онкологии и др.). Внутрибольничные инфекции утяжеляют течение основного заболевания, увеличивают длительность лечения в 1,5 раза, а количество летальных исходов - в 5 раз¹⁰.

Основными возбудителями внутрибольничных инфекций (85% от общего числа) выступают условно-патогенные микроорганизмы: грамположительные кокки (эпидермальный и золотистый стафилококк, бета-гемолитический стрептококк, пневмококк, энтерококк) и грамотрицательные палочковидные бактерии (клебсиеллы, эшерихии, энтеробактер, протей, псевдомонады и др.). Кроме этого, в этиологии внутрибольничных инфекций велика удельная роль вирусных возбудителей простого герпеса, аденовирусной инфекции, гриппа, парагриппа, цитомегалии, вирусных гепатитов, респираторно-синцитиальной инфекции, а также риновирусов, ротавирусов, энтеровирусов и пр. Также внутрибольничные инфекции могут быть вызваны условно-патогенными и патогенными грибами (дрожжеподобными, плесневыми, лучистыми).

¹⁰ Основы сестринского дела. Учебник и практикум. В 2 томах. Том 2 Новинка Книгопечатная продукция, 2016-С.103.

Особенностью внутригоспитальных штаммов условно-патогенных микроорганизмов служит их высокая изменчивость, лекарственная резистентность и устойчивость к воздействию факторов среды (ультрафиолета, дезинфектантов и пр.).

Источниками внутрибольничных инфекций в большинстве случаев выступают пациенты или медицинский персонал, являющиеся бактерионосителями или больными стертыми и манифестными формами патологии. Как показывают исследования, роль третьих лиц (в частности, посетителей стационаров) в распространении ВБИ невелика.

Передача различных форм госпитальной инфекции реализуется с помощью воздушно-капельного, фекально-орального, контактного, трансмиссивного механизма. Кроме этого, возможен парентеральный путь передачи внутрибольничной инфекции при проведении различных инвазивных медицинских манипуляций: забора крови, инъекций, вакцинации, инструментальных манипуляций, операций, ИВЛ, гемодиализа и пр. Таким образом в медучреждении возможно заразиться гепатитами В, С и D, гнойно-воспалительными заболеваниями, сифилисом, ВИЧ-инфекцией. Известны случаи внутрибольничных вспышек легионеллеза при приеме больными лечебного душа и вихревых ванн.

Факторами, участвующими в распространении внутрибольничной инфекции, могут выступать контаминированные предметы ухода и обстановки, медицинский инструментарий и аппаратура, растворы для инфузионной терапии, спецодежда и руки медперсонала, изделия медицинского назначения многоразового использования (зонды, катетеры, эндоскопы), питьевая вода, постельные принадлежности, шовный и перевязочный материал и мн. др.

Значимость тех или иных видов внутрибольничной инфекции во многом зависит от профиля лечебного учреждения. Так, в ожоговых отделениях преобладает синегнойная инфекция, которая в основном передается через предметы ухода и руки персонала, а главным источником внутрибольничной инфекции являются сами пациенты.

В учреждениях родовспоможения основную проблему представляет стафилококковая инфекция, распространяемая медицинским персоналом-носителем золотистого стафилококка.

На таблице 1 представлены процедуры, входящие в группу риска.

Таблица 1

Медицинские процедуры, входящие в группу риска

Диагностические	Лечебные
Забор крови	Операции
Зондирование	Различные инъекции
Венесекция	Пересадка тканей и органов
Пункция	Интубация
Эндоскопия	Ингаляции
Мануальные гинекологические исследования	Катетеризация мочевыводящих путей и сосудов
Мануальные ректальные исследования	Гемодиализ

В урологических отделениях в основном инфекция, вызываемая грамотрицательной флорой: кишечной, синегнойной палочкой и др. В педиатрических стационарах особое значение имеет проблема распространения детских инфекций – ветряной оспы, эпидемического паротита, краснухи, кори. Возникновению и распространению внутрибольничной инфекции способствуют нарушение санитарно-эпидемиологического режима ЛПУ (несоблюдение личной гигиены, асептики и антисептики, режима дезинфекции и стерилизации, несвоевременное выявление и изоляция лиц-источников инфекции и т. д.).

К группе риска, в наибольшей степени подверженной развитию внутрибольничной инфекции, относятся новорожденные (особенно недоношенные) и дети раннего возраста; пожилые и ослабленные пациенты; лица, страдающие хроническими заболеваниями (сахарным диабетом,

болезнями крови, почечной недостаточностью), иммунодефицитом, онкопатологией.

Чаще ВБИ возникает у человека при наличии у него открытых ран, полостных дренажей, внутрисосудистых и мочевых катетеров, трахеостомы и других инвазивных устройств. На частоту возникновения и тяжесть течения внутрибольничной инфекции влияет долгое нахождение пациента в стационаре, длительная антибиотикотерапия, иммуносупрессивная терапия.

По длительности течения внутрибольничные инфекции делятся на острые, подострые и хронические; по тяжести клинических проявлений – на легкие, среднетяжелые и тяжелые формы.

В зависимости от степени распространенности инфекционного процесса различают генерализованные и локализованные формы внутрибольничной инфекции. Генерализованные инфекции представлены бактериемией, септициемией, бактериальным шоком¹¹.

В структуре внутрибольничных инфекций на долю гнойно-септических заболеваний приходится 75-80%, кишечных инфекций - 8-12%, гемоконтактных инфекций - 6-7%. На прочие инфекционные заболевания (ротавирусные инфекции, дифтерию, туберкулез, микозы и др.) приходится около 5-6%.

Критериями, позволяющими думать о развитии внутрибольничной инфекции, служат: возникновение клинических признаков заболевания не ранее чем через 48 часов после поступления в стационар; связь с проведением инвазивного вмешательства; установление источника инфекции и фактора передачи¹². Окончательное суждение о характере инфекционного процесса получают после идентификации штамма возбудителя с помощью лабораторных методов диагностики.

¹¹ Белоусова, А.К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии / А.К. Белоусова Дунайцева В.Н.; под ред. Б.В. Кабарухина . – 4-е.изд., перераб. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. – С.245.

¹² Комар В. И. Инфекционные болезни и сестринское дело; Высшая школа - Москва, 2013. – С.125.

Для исключения или подтверждения бактериемии проводится бактериологический посев крови на стерильность, желательнее не менее 2-3-х раз.

При локализованных формах внутрибольничной инфекции микробиологическое выделение возбудителя может быть произведено из других биологических сред, в связи с чем выполняется посев мочи, кала, мокроты, отделяемого ран, материала из зева, мазка с конъюнктивы, из половых путей на микрофлору. Дополнительно к культуральному методу выявления возбудителей внутрибольничных инфекций используются микроскопия, серологические реакции (РСК, РА, ИФА, РИА), вирусологический, молекулярно-биологический (ПЦР) методы.

Сложности лечения внутрибольничной инфекции обусловлены ее развитием в ослабленном организме, на фоне основной патологии, а также резистентностью госпитальных штаммов к традиционной фармакотерапии. Больные с диагностированными инфекционными процессами подлежат изоляции; в отделении проводится тщательная текущая и заключительная дезинфекция.

Выбор противомикробного препарата основывается на особенностях антибиотикограммы: при внутрибольничной инфекции, вызванной грамположительной флорой наиболее эффективен ванкомицин; грамотрицательными микроорганизмами – карбапенемы, цефалоспорины IV поколения, аминогликозиды. Возможно дополнительное применение специфических бактериофагов, иммуностимуляторов, интерферона, лейкоцитарной массы, витаминотерапии¹³.

При необходимости проводится чрескожное облучение крови (ВЛОК, УФОК), экстракорпоральная гемокоррекция (гемосорбция, лимфосорбция).

¹³ Рубан, Э.Д. Хирургия : учебник / Э.Д. Рубан. - 6-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. –С.300.

Симптоматическая терапия осуществляется с учетом клинической формы внутрибольничной инфекции с участием специалистов соответствующего профиля: хирургов, травматологов, дерматологов, отоларингологов, пульмонологов, офтальмологов, урологов, гинекологов, кардиологов, неврологов и др.

Основные меры профилактики внутрибольничных инфекций сводятся к соблюдению санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. В первую очередь, это касается режима дезинфекции помещений и предметов ухода, применения современных высокоэффективных антисептиков, проведения качественной предстерилизационной обработки и стерилизации инструментария, безукоснительного следования правилам асептики и антисептики.

Медицинский персонал должен соблюдать меры индивидуальной защиты при проведении инвазивных процедур: работать в резиновых перчатках, защитных очках и маске; осторожно обращаться с медицинским инструментарием. Большое значение в профилактике внутрибольничных инфекций имеет вакцинация медработников от гепатита В, краснухи, гриппа, дифтерии, столбняка и других инфекций. Все сотрудники ЛПУ подлежат регулярному плановому диспансерному обследованию, направленному на выявление носительства патогенов.

Предупредить возникновение и распространение внутрибольничных инфекций позволит, сокращение сроков госпитализации пациентов, рациональная антибиотикотерапия, обоснованность проведения инвазивных диагностических и лечебных процедур, эпидемиологический контроль в ЛПУ.

2.2 Роль палатной медсестры в профилактике внутрибольничной пневмонии

Внутрибольничная (нозокомиальная, госпитальная) пневмония – приобретенная в стационаре инфекция нижних дыхательных путей, признаки

которой развиваются не ранее 48 часов после поступления больного в лечебное учреждение.

Нозокомиальная пневмония входит в тройку самых распространенных внутрибольничных инфекций, уступая по распространенности лишь раневым инфекциям и инфекциям мочевыводящих путей. Внутрибольничная пневмония развивается у 0,5-1% больных, проходящих лечение в стационарах, а у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии встречается в 5-10 раз чаще. Летальность при внутрибольничной пневмонии чрезвычайно высока – от 10-20% до 70-80% (в зависимости от вида возбудителя и тяжести фонового состояния пациента).

По срокам возникновения госпитальная инфекция подразделяется на раннюю и позднюю. Ранней считается внутрибольничная пневмония, возникшая в первые 5 суток после поступления в стационар. Как правило, она вызывается возбудителями, присутствовавшими в организме пациента еще до госпитализации (*St. aureus*, *St. pneumoniae*, *H. influenzae* и др. представителями микрофлоры верхних дыхательных путей). Обычно эти возбудители проявляют чувствительность к традиционным антибиотикам, а сама пневмония протекает более благоприятно.

Поздняя внутрибольничная пневмония манифестирует через 5 и более дней стационарного лечения. Ее развитие обусловлено собственно госпитальными штаммами (метициллинрезистентным *St. aureus*, *Acinetobacter* spp., *P. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae* и др.), проявляющими высоковирулентные свойства и полирезистентность к противомикробным препаратам. Течение и прогноз поздней внутрибольничной пневмонии весьма серьезны.

С учетом причинных факторов выделяют 3 формы нозокомиальной инфекции дыхательных путей: вентилятор-ассоциированную, послеоперационную и аспирационную пневмонию. При этом довольно часто различные формы наслаиваются друг на друга, еще в большей степени

утяжеляя течение внутрибольничной пневмонии и увеличивая риск летального исхода.

Основная роль в этиологии внутрибольничной пневмонии принадлежит грамотрицательной флоре (синегнойной палочке, клебсиелле, кишечной палочке, протее, серрациям и др.) – эти бактерии обнаруживаются в секрете дыхательных путей в 50-70% случаев. У 15-30% пациентов ведущим возбудителем выступает метициллинрезистентный золотистый стафилококк. За счет различных приспособительных механизмов названные бактерии вырабатывают устойчивость к большинству известных антибактериальных средств. Анаэробы (бактериоды, фузобактерии и др.) являются этиологическими агентами 10-30% внутрибольничных пневмоний. Примерно у 4% пациентов развивается легионеллезная пневмония – как правило, она протекает по типу массовых вспышек в стационарах, причиной которых служит контаминация легионеллами систем кондиционирования и водоснабжения.

Значительно реже, чем бактериальные пневмонии, диагностируются нозокомиальные инфекции нижних дыхательных путей, вызванные вирусами. Среди возбудителей внутрибольничных вирусных пневмоний ведущая роль принадлежит вирусам гриппа А и В, РС-вирусу, у больных с ослабленным иммунитетом – цитомегаловирусу.

Особенностью течения внутрибольничной пневмонии является стертость симптомов, из-за чего распознавание легочной инфекции бывает затруднительным. В первую очередь, это объясняется общей тяжестью состояния больных, связанной с основным заболеванием, хирургическим вмешательством, пожилым возрастом, коматозным состоянием и т. п.

Полное диагностическое обследование при подозрении на внутрибольничную пневмонию строится на сочетании клинических, физикальных, инструментальных (рентгенография легких, КТ грудной клетки), лабораторных методов (ОАК, биохимический и газовый состав крови, общий анализ, бакпосев мокроты).

Для выставления соответствующего диагноза пульмонологи руководствуются рекомендуемыми критериями, включающими в себя: лихорадку выше $38,3^{\circ}\text{C}$, усиление бронхиальной секреции, гнойный характер мокроты или бронхиального секрета, кашель, тахипноэ, бронхиальное дыхание, влажные хрипы, инспираторную крепитацию. Факт внутрибольничной пневмонии подтверждается рентгенологическими признаками (появлением свежих инфильтратов в легочной ткани) и лабораторными данными (лейкоцитозом $>12,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерным сдвигом $>10\%$, артериальной гипоксемией $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст., $\text{SaO}_2 < 90\%$).

С целью верификации вероятных возбудителей внутрибольничной пневмонии и определения антибиотикочувствительности производится микробиологическое исследование секрета трахеобронхиального дерева. Для этого используются не только образцы свободно откашливаемой мокроты, но и трахеальный аспират, промывные воды бронхов. Наряду с культуральным выделением возбудителя, широко применяется ПЦР-исследование.

Сложность лечения внутрибольничной пневмонии заключается в полирезистентности возбудителей к противомикробным препаратам и тяжести общего состояния больных. Практически во всех случаях первоначальная антибиотикотерапия является эмпирической, т. е. начинается еще до микробиологической идентификации возбудителя. После установления этиологии внутрибольничной пневмонии может быть произведена замена препарата на более действенный в отношении выявленного микроорганизма.

Кроме системной антибиотикотерапии, при внутрибольничной пневмонии важное внимание уделяется санации дыхательных путей: проведению бронхоальвеолярного лаважа, трахеальной аспирации, ингаляционной терапии. Больным показан активный двигательный режим: частая смена положения и присаживание в постели, ЛФК, дыхательные упражнения и т. п. Дополнительно проводится дезинтоксикационная и

симптоматическая терапия (инфузии растворов, введение и прием бронхолитиков, муколитиков, жаропонижающих препаратов). Для профилактики тромбозов глубоких вен назначается гепарин или ношение компрессионного трикотажа; с целью предупреждения стрессовых язв желудка используются Н2-блокаторы, ингибиторы протонной помпы. Пациентам с тяжелыми септическими проявлениями может быть показано введение внутривенных иммуноглобулинов.

Клиническими исходами внутрибольничной пневмонии могут быть разрешение, улучшение, неэффективность терапии, рецидив и летальный исход. Внутрибольничная пневмония является главной причиной смертности в структуре внутрибольничных инфекций. Это объясняется сложностью ее своевременной диагностики, особенно у пожилых, ослабленных больных, пациентов, пребывающих в коматозном состоянии¹⁴.

Профилактика внутрибольничной пневмонии базируется на комплексе медицинских и эпидемиологических мероприятий: лечении сопутствующих очагов инфекции, соблюдении санитарно-гигиенического режима и инфекционного контроля в ЛПУ, предупреждении переноса возбудителей медперсоналом при проведении эндоскопических манипуляций. Чрезвычайно важна ранняя послеоперационная активизация пациентов, стимуляция откашливания мокроты; тяжелые больные нуждаются в адекватном туалете ротоглотки, постоянной аспирации трахеального секрета.

2.3 Роль медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений

Увеличение объема медицинской помощи, оказываемой населению, повышение ее доступности, появление новых лекарственных препаратов сопровождаются постоянным увеличением количества выполняемых инъекций. Наряду с необходимым лечебным эффектом отмечаются и нежелательные

¹⁴Барыкина, Н.В. Сестринское дело в хирургии: практикум / Н. В. Барыкина, О.В. Чернова; под ред. Б. В. Кабарухина - 11-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014.-С. 95.

последствия, осложнения инъекционных вмешательств, количество которых возрастает.

Часто, требуется введение лекарственных средств в организм максимально быстро или же напрямую в кровь. Необходимо это бывает для достижения более скорого, качественного эффекта, избегания вреда и нагрузки на пищеварительную систему или при невозможности введения лекарственного средства другими способами (например, перорально).

Самым простым и эффективным способом при таком подходе любой медик назовёт инъекцию – то есть введение препаратов в организм с помощью поллой иглы.

Виды инъекций:

- внутривенная – самая распространённая инъекция, напрямую вводящая лекарственное средство в кровь. Кроме того, внутривенным способом ставятся все виды капельниц, за редким исключением;
- внутримышечная – наиболее популярная методика введения лекарств, что обуславливается её простотой. Инъекция и введение препарата осуществляется в мышечную ткань, куда попасть легче всего;
- подкожная – более сложная процедура, требующая минимальной концентрации и навыков. Игла вводится в подкожно-жировой слой, где много тонких кровеносных сосудов;
- внутрикожная – инъекция, не предусматривающая широкое распространение препарата по крови, в целях местной анестезии или диагностики. Сделать такую инъекцию под силу далеко не каждому — тончайшая игла вводится в роговой слой кожи, очень строгая дозировка;
- внутрикостная – используется только при особых случаях (анестезия, пациенты с высокой степенью ожирения) только квалифицированным персоналом;
- внутриартериальная – ещё более редкий тип инъекций, очень сложен, зачастую опасен осложнениями. Производится во время реанимационных мероприятий.

Самый важный принцип любой медицинской процедуры, не исключая инъекций – стерильность. Небрежное отношение или антисанитария часто могут повлечь за собой попадание микроорганизмов в место инъекции, или даже вместе с ней. Это не только не способствует выздоровлению, но и может повлечь к серьёзным осложнениям.

В зависимости от того, насколько четко вена просматривается под кожей и пальпируется (прощупывается), выделяют различные клинические характеристики вен (таблица 2).

Таблица 2

Клинические варианты вен

Характер исследуемой вены	Распространение
хорошо контурированная фиксированная толстостенная вена	35 % случаев;
хорошо контурированная скользящая толстостенная вена	4 % случаев;
слабо контурированная, фиксированная толстостенная вена	21 % случаев;
слабо контурированная скользящая вена	12 % случаев;
неконтурированная фиксированная вена	18 % случаев.

Довольно редко, но все же бывают такие случаи, когда обычная инъекция оставляет после себя серьезное осложнение. Итак, следует незамедлительно обратиться к доктору, если: место инъекции сильно покраснело; повысилась температура тела; появились боли в пораженном участке (особенно при надавливании); незначительно онемели кожные покровы; образовалась припухлость; стал выделяться гной.

Иногда после инъекций в месте их осуществления может образоваться инфильтрат. Он характеризуется скоплением клеточных элементов, содержащих примеси лимфы и крови в тканях организма. В большинстве случаев возникает воспалительный инфильтрат после инъекции, в основном состоящий из лейкоцитов (тогда его называют гнойным) и эритроцитов (тогда его называют геморрагическим).

Классификация постинъекционных осложнений представлена в таблице 3.

Таблица 3

Постинъекционные осложнения

Причина	Постинъекционные осложнения
Нарушения правил асептики	инфильтрат, абсцесс, сепсис, сывороточный гепатит, ВИЧ
Неправильный выбор места инъекции	плохо рассасывающиеся инфильтраты, повреждения надкостницы (периостит), сосудов (некроз, эмболия), нервов (паралич, неврит)
Неправильная техника выполнения инъекции	поломка иглы, воздушная или медикаментозная эмболия, аллергические реакции, некроз тканей, гематома

Абсцесс после укола, произведенного как внутримышечно, так и подкожно, к сожалению, далеко не редкость. От этого постинъекционного осложнения не стоит пытаться избавиться самостоятельно, нужно обязательно обратиться к врачу. Осложнения после инъекции возникают у многих людей.

Самое легкое из возможных – гематома, небольшое кровоизлияние. Возникает она из-за попадания иглы в кровеносный сосуд, либо в том случае, когда лекарство вводят слишком быстро.

Не успевая распространиться в тканях, оно сдавливает близлежащие мелкие сосуды, из-за чего те могут лопнуть.

Гематома не опасна для здоровья пациента и может лишь представлять неудобство с эстетической точки зрения. Особого лечения она не требует, но

можно попробовать втирать в синяк мази – Троксевазин или гепариновую, чтобы он быстрее рассосался.

Нередко после инъекций возникает инфильтрат, представляющий собой уплотнение на месте укола. Обычно он появляется в тех случаях, когда при проведении манипуляции были нарушены правила асептики, либо использовалась неподходящая игла (например, короткой иглой, предназначенной для подкожных инъекций, вводили лекарство внутримышечно). В прежние времена, когда уколы делались многоразовыми шприцами, это осложнение возникало намного чаще, так как иглы со временем затуплялись. С появлением же одноразовых шприцов их частота существенно уменьшилась. Кроме перечисленных причин, инфильтрат может возникать из-за неправильного выбора места для инъекции либо в результате многократных уколов при длительном курсе лечения.

Инфильтрат после укола может появиться по многим причинам. Самыми часто встречающимися из них являются такие, как неверный выбор места для инъекции или постоянные уколы в одно место, осуществление инъекции короткой или тупой иглой. Чтобы не образовался инфильтрат после укола, необходимо следовать некоторым рекомендациям. Так, нужно неукоснительно соблюдать асептические правила, чтобы не допустить проникновения в ранку инфекционных агентов, ведь это может быть чревато осложнениями, к примеру абсцессом. Следует обращать внимание на длину иглы, как уже говорилось, она не должна быть короткой.

Инфильтрат после укола может возникнуть, если введенное вещество не рассасывается, особенно это касается масляных растворов. В таком случае в месте инъекции появляется плотная шишка.

Если, кроме этого, замечен еще и синяк, значит под кожу из кровеносного сосуда, который был поврежден иглой, вытекло какое-то количество крови.

Избавиться от инфильтрата можно с помощью медикаментозных средств. Хороший эффект дают компрессы с магнезией, камфорным маслом, димексидом.

При удачном и своевременно начатом лечении инфильтрат обычно рассасывается за несколько недель, не оставляя следов. Однако если в месте инъекции образуется болезненное уплотнение, сопровождающееся гиперемией (покраснением), заниматься самолечением ни в коем случае нельзя! Такое воспаление после укола уже требует консультации хирурга, так как на его месте может возникнуть абсцесс.

Как уже отмечалось, единственным возможным осложнением при появлении уплотнения в месте инъекции является развитие абсцесса – воспалительного состояния, при котором происходит расплавление тканей и образование на их месте полости с гнойным содержимым. Признаками того, что начинается абсцесс, могут служить покраснение пораженной области, болезненность уплотнения, высокая температура в месте инфильтрата. Абсцесс нужно лечить обязательно, и делать это должен исключительно врач. Самолечение чревато усугублением состояния.

В принципе, каждая медсестра с опытом должны знать правила профилактики инфильтратов:

- делать инъекцию шприцом с длинной иглой;
- разогреть содержимое ампулы перед введением в ладони;
- процедуру проводить как можно медленнее.

Что же касается самого пациента, важно не переохлаждаться и не мочить область инъекции водой первые 2-3 часа. К сожалению, не всегда есть возможность придерживаться этих правил.

Абсцесс после укола, лечение которого следует доверять только специалистам – одно из наиболее опасных постинъекционных осложнений. Место укола при этом становится горячим и при надавливании на него ощущается боль, временами довольно сильная. Как правило, в этом случае имело место нарушение стерильности: абсцесс после инъекции появляется вследствие проникновения в ткани гноеродных микроорганизмов. Чем раньше пациент обратится к специалисту, тем лучше: в большинстве случаев

современные препараты позволяют победить такое воспаление на начальной стадии.

До консультации с врачом не следует самостоятельно применять никаких процедур (холодовых, тепловых), нельзя массировать болезненную область либо втирать в нее лекарственные средства – все эти меры могут привести к распространению абсцесса.

Абсцесс после инъекции опасен, прежде всего, своими осложнениями: у больного повышается температура, в наиболее тяжелых случаях может возникнуть сепсис. Течение болезни зависит, прежде всего, от времени обращения за медицинской помощью, а также от общего состояния организма: при сниженном иммунитете абсцессы любой природы протекают тяжелее.

Определить, как именно лечить абсцесс после укола у данного пациента, может только хирург, исходя из данных визуального осмотра и общего состояния больного.

До начала гнойного расплавления тканей при постинъекционных абсцессах обычно назначают консервативное лечение: физиопроцедуры (УВЧ), прием антибиотиков. В осложненных же случаях показана операция – вскрытие абсцесса под местным наркозом. Затем проводится курс лечения с применением противовоспалительных и обезболивающих препаратов, ежедневные перевязки. После очищения раны от гноя используются мази и гели, способствующие заживлению тканей (Солкосерил, Куриозин, Бепантен). При условии своевременного обращения к специалисту постинъекционный абсцесс излечивается достаточно быстро и без осложнений.

Выздоровление произойдет быстрее и безболезненнее, если абсцесс обнаружен на ранних стадиях. Где бы он ни был расположен, его необходимо вскрыть, очистить капсулу от содержимого и обработать образовавшуюся рану.

Для того чтобы осуществить эти процедуры, необходима кратковременная госпитализация. При запущенных абсцессах внутренних органов может потребоваться операция с удалением органа. Чтобы поскорее

выздороветь, больной должен полноценно питаться, соблюдать постельный режим. Антибиотики назначают после теста на чувствительность к ним.

Профилактика действия экзогенных факторов:

- Использование медицинского одноразового инструментария
- Обеспечение качественной дезинфекции и стерилизации изделий медназначения, расходного материала, используемых при проведении инъекций, внутрисосудистой катетеризации;
 - Строжайшее соблюдение антисептики и асептики при проведении парентеральных манипуляций;
 - Соблюдение техники гигиенического мытья и гигиенической антисептики рук медперсонала, осуществляющего инъекционные манипуляции.
 - Антисептическая обработка кожных покровов пациента перед инъекцией.
 - Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в процедурных, прививочных, манипуляционных кабинетах.
 - Осуществление производственно - лабораторного контроля в ЦСО, процедурных, прививочных и других кабинетах¹⁵.

2.4 Роль медицинской сестры в профилактике послеоперационных осложнений

Послеоперационный период начинается с момента завершения оперативного вмешательства и продолжается до того времени, когда трудоспособность пациента полностью восстановится. В зависимости от сложности операции, этот период может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев.

Условно он делится на три части: ранний послеоперационный период, продолжительностью до пяти суток, поздний – с шестого дня до выписки

¹⁵ Белоусова А.К. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ – инфекции и эпидемиологии / А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 8-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2015. –С.102.

больного, и отдаленный. Последний из них протекает вне стационара, но он не менее важен.

Послеоперационные тошнота и рвота существенно ухудшают течение послеоперационного периода и могут быть причиной серьёзных осложнений, таких как аспирация, нарушения гемодинамики вследствие повышения внутричерепного, внутрибрюшного или внутригрудного давления, могут провоцировать кровотечение¹⁶.

К основным факторам, вызывающим послеоперационные тошноту и рвоту, относят ингаляционные и внутривенные анестетики, наркотические анальгетики, центральные аналептики, антихолинэстеразные препараты. Послеоперационные тошнота и рвота возможны и при регионарной анестезии как следствие интраоперационной гипотензии. Достаточно высок риск тошноты и рвоты у женщин, а также в тех случаях, когда известно, что пациента укачивает в транспорте. У курящих пациентов и пациентов пожилого возраста риск возникновения послеоперационных тошноты и рвоты ниже.

Для профилактики послеоперационных тошноты и рвоты используют селективные антагонисты серотониновых рецепторов.

Профилактика воспалений проводится одновременно с терапией. Спайки после операции в малом тазу могут возникать по причине прогрессирования эндометриоза и урогенитальных инфекций. Для выявления таких причин потребуются наблюдение гинеколога и исследование на половые инфекции. При обнаружении возбудителей инфекций необходимо пройти курс лечения, назначенный врачом.

Восстановление после любого из вышеперечисленных методов хирургического вмешательства проходит, в принципе, быстро и без особого дискомфорта для пациента. Но всё же операция по удалению геморроя может иметь некоторые осложнения, а именно:

¹⁶Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи / Э.В. Смолева, Е. Л. Аподиакос. - 12-е изд. – Ростов н/Д. : Феникс, 2014. – С.325.

- Боль после прекращения воздействия анальгетиков. Пожалуй, это самое распространённое осложнение. Чтобы облегчить состояние пациента, ему дают сильные анестетики.

- Проблемы с мочеиспусканием. Часто такое встречается у больных в первый день реабилитации. В этом случае для выведения мочи человеку устанавливается катетер.

- Кровотечения. Ликвидируются с помощью специальных препаратов.

- Проблемы со стулом. Это, скорее, психологическая проблема, которая вызвана страхом после операции.

Чтобы помочь больному, используются обезболивающие кремы и мази, помогающие расслабить сфинктер.

- Появление гнойничков в операционной ране. Терапия заключается в приёме антибиотиков. Вообще же, если лечение геморроя после операции будет правильным, а именно, будет соблюдено 2 главных условия: диета и верная обработка ран, тогда послеоперационный период проходит гладко, не принося дискомфорта. Поэтому человек должен выполнять все предписания доктора, чтобы быстрее восстановиться после хирургического вмешательства.

После того как была проведена операция, медсестра должна объяснить пациенту, что не менее важны послеоперационные мероприятия.

Главным моментом после ликвидации проблемы является верная диета, которую обязательно должен соблюдать больной. Правила питания:

- Еда должна быть полноценной, сбалансированной и богатой всеми необходимыми веществами.
- Пища должна быть дробной, есть необходимо небольшими порциями по 6 или 7 раз в день.
- Продукты должны быть мягкими, щадящими, чтобы не допустить травмирования раны грубыми каловыми массами.
- Диета после операции, а именно в первый день после хирургического вмешательства должна быть такой: только питьё (вода без газа, примерно 400 г на 10 кг веса).

- Никакую еду в первые сутки принимать нельзя. Пациент должен дать возможность ранам немного затянуться.
- На второй и последующие дни можно принимать пищу, которая не вызывает газообразования.

Малоподвижный образ жизни больного в послеоперационный период способен вызвать мышечную атрофию, нарушения в лимфо - и кровотоке, застои в легких и другие изменения в организме.

Обычно больным разрешается вставать через 8 часов. Но на начальной стадии реабилитации после операции, когда пациенту еще рекомендован постельный режим, в целях профилактики таких послеоперационных осложнений, как тромбоз, пневмония, образование спаек рекомендован лечебный курс физкультуры. Он включает в себя упражнения по сгибанию и разгибанию ног в голеностопе и в колене, дыхательные упражнения.

Ранний восстановительный этап будет успешным при соблюдении ограничений на следующие действия и мероприятия:

- выполнение физических нагрузок без использования бандажа;
- подъем тяжестей;
- проведение мануальной терапии и массажа;
- езда на велосипеде и участие в игровых видах спорта;
- нахождение в любом сидячем положении;
- глубокие и скручивающие движения в позвоночнике, а также резкие движения в стороны и вперед.

Еще один способ восстановления после операции - это использование различных ванн, оказывающих лечебное воздействие:

Радоновые ванны. Актуальны для улучшения кровообращения и нервно-мышечной проводимости.

Травяные ванны позволяют снять напряжение в мышцах и снизить болевые ощущения.

Реабилитация после операции будет более эффективна, если использовать сероводородные и сульфидные ванны, которые способствуют рассасыванию воспалительных очагов, улучшению кровообращения, нормализации мышечных сокращений и стимуляции восстановления тканей.

Водные процедуры. Такой вид процедур является частью восстановительного процесса после операции. Пребывание в воде оказывает расслабляющий эффект. Но важно учитывать тот факт, что длительное нахождение в воде противопоказано.

Прием гидромассажа, равно как и процедуры в бассейне, не должны длиться более 15-30 минут. Что касается обливаний холодной водой, то они также полезны, поскольку благотворно влияют на восстановление нервных окончаний и стимулируют мышечную деятельность.

Максимально эффективными являются короткие обливания.

Если стабильно и правильно выполнять элементы лечебной гимнастики и следовать предписаниям врача, то есть все шансы на полноценный и активный образ жизни.

Большое значение придается роли медицинских работников среднего звена в профилактике ВБИ (внутрибольничных, нозокомиальных инфекций), или ИСМП (инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи).

Основная часть профилактических мер связана с соблюдением санитарно-эпидемиологического режима. Ответственность ложится как на исполнителей, так и на лиц, осуществляющих организацию и контроль.

Иными словами, и на медицинских сестер палатных, процедурных, операционных, анестезистов, физиотерапевтических и остальных, и на старших

медсестер отделения, а также на помощников эпидемиолога, контролирующих организацию и исполнение СЭР в отделении¹⁷.

Чем четче исполняются все требования, чем чаще и качественней осуществляется производственный контроль, тем ниже риск возникновения ИСМП.

Важная часть работы медицинской сестры это санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов вверенного ей вместе с врачом участка.

Медсестра должна следить за гигиеническим состоянием наблюдаемых на дому пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу и самоуходу.

Медицинская сестра должна разъяснять пациенту, насколько важно соблюдать здоровый образ жизни, и рекомендации врача.

¹⁷ Сестринский уход в хирургии. МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях Новинка Александра Вязьмитина, Андрей Кабарухин 2016-С.165.

ГЛАВА 3 ПРОБЛЕМЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Цель – изучить роль медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений.

Для реализации поставленной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить актуальность проблемы постинъекционных осложнений
2. Изучить причины возникновения осложнений
3. Рассмотреть основные постинъекционные осложнения и выявить меры их профилактики
4. Провести практическое исследование на примере ГАУЗ "Городская больница №11" г. Казань

Методы исследования:

1. Теоретический: анализ литературных данных.
2. Статистический: анализ основных показателей работы процедурного кабинета ГАУЗ "Городская больница №11" г. Казань
3. Социологический: проведение анкетирования среди пациентов и медицинских сестер, подведение итогов.

Общая характеристика клинического материала

Объектом исследования явилось 15 больных с различными постинъекционными осложнениями, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии учреждения здравоохранения Государственное автономное учреждение здравоохранения "Городская больница №11" г. Казани расположена в Авиастроительном районе по улице Максимова д.34/24. Им предлагалось ответить на несколько вопросов анкеты (приложение 1).

Также было произведено анкетирование 20 процедурных медицинских сестер различных отделений по факторам риска возникновения постинъекционных осложнений (приложение 2).

3.1 Роль пациента в профилактике постинъекционных осложнений

Все 15 больных с постинъекционными осложнениями, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии были разделены на 5 основных возрастных групп (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по возрасту

Возрастная группа	Количество человек	Процент
Молодой возраст – 18–44 года	3	20%
Средний возраст – 45–59 лет	5	33%
Пожилой возраст – 60–74 года	5	33%
Старческий возраст – 75–89 лет	1	7%
Долгожители – 90 и более лет	1	7%
ИТОГО	15 человек	100%

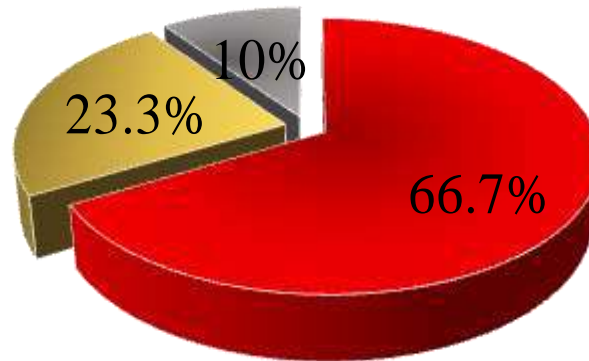
Женщины среди больных составляют 10 человек (70%), мужчины – 5 человек (30%) (рис.1).



Рис.1 - Пол пациентов

Превалирование количества постинъекционных осложнений у женщин обусловлено выраженностью жировой клетчатки в области ягодиц.

Из анализа клинико-anamнестических исследований, проведенных за это время, имеются данные по вопросу места проведения инъекции (рис. 2).

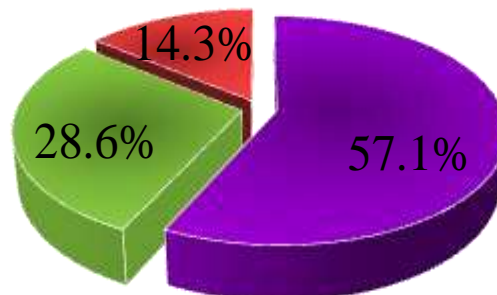


- На дому
- Учреждение здравоохранения
- Другое учреждение

Рис. 2 - Место проведения инъекций

Наибольшее количество инъекций, приведших к возникновению постинъекционных осложнений, было достоверно проведено в домашних условиях.

Количество постинъекционных осложнений, развившихся в ходе лечения в учреждениях здравоохранения, составляет 23,3% от общего числа наблюдений, что в числовом выражении составляет 7 больных, которые лечились в стационарах, поликлиниках и обращались в процедурные кабинеты, обслуживались работниками станции скорой помощи (рис. 3).



- ФАП
- Поликлиника
- Стационар

Рис.3 -Постинъекционные осложнения в УЗ

Основные симптомы, которые выделили у себя пациенты показаны на рисунке 4.

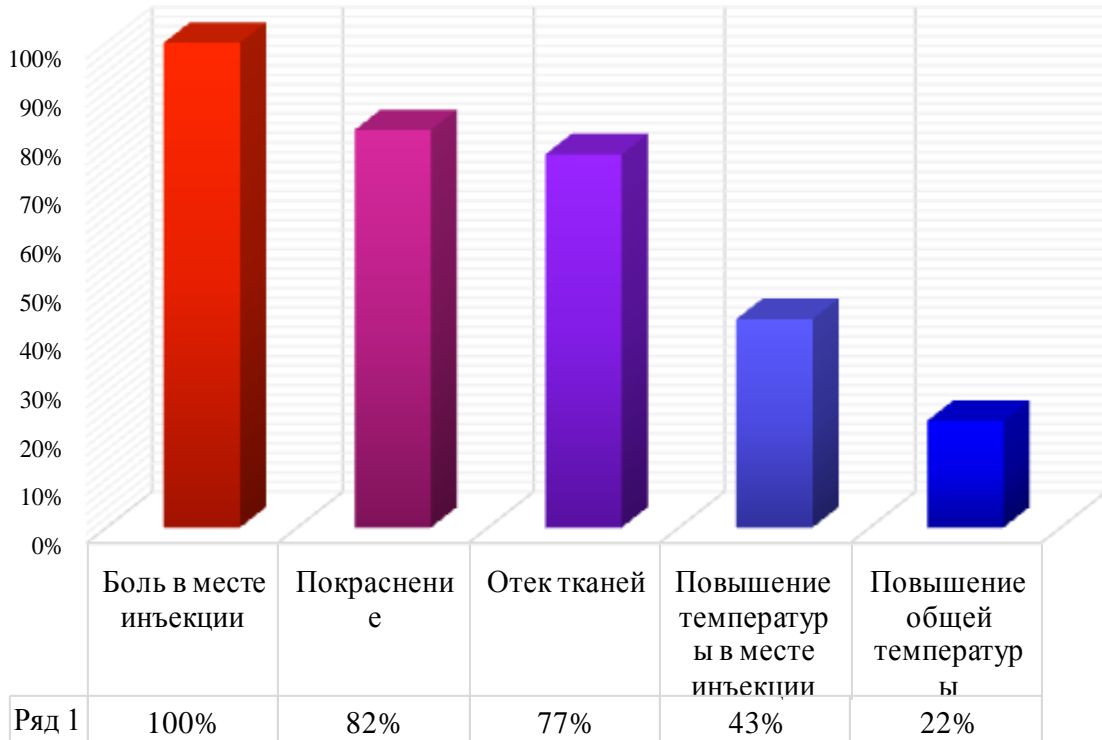


Рис.4 - Симптомы постинъекционных осложнений

- Все пациенты отметили у себя боль в месте инъекции;
- Покраснение отметили 82% опрошенных;
- Отек тканей в месте инъекции отметили 77%;
- Изменение температуры в месте инъекции отметили 43% пациентов;
- А общее повышение температуры выделили 22% опрошенных пациентов.

Дальнейшая работа была проведена со средним медицинским персоналом ГАУЗ "Городская больница №11" г. Казань

3.2 Анализ работы медицинской сестры стационара в профилактике постинъекционных осложнений

Для оценки знаний медицинскими сестрами асептики в предупреждении постинъекционных осложнений было проведено социологическое исследование на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения "Городская больница №11" г. Казани, расположенного в Авиастроительном районе по улице Максимова д.34/24.

На сегодняшний день Городская больница № 11 является одной из самых наиболее оснащенных больниц Казани. Медицинская помощь оказывается круглосуточно, без выходных и праздничных дней.

В настоящее время данное учреждение — это современный, хорошо оснащенный, многопрофильный комплекс, включающий стационар, обладающий количеством койко-мест: 136 (круглосуточно) 22 (дневной стационар), поликлиника, рассчитанная на 1200 приёмов в день, а также травмпункт и женская консультация.

Количество отделений: 4 (хирургическое, терапевтическое, неврологическое, гинекологическое),

Городская больница №11 Казани обслуживает прикрепленное взрослое население Авиастроительного района и имеет в своем составе не только стационарное отделение, но и поликлинику, женскую консультацию, а также республиканский центр здоровья, при первичном обращении в который каждый житель города может пройти комплексное обследование.

В городской больнице №11 оказывают следующие виды медицинских услуг: стационарное лечение в отделениях терапевтического, хирургического, гинекологического, неврологического и стоматологического профилей; консультации специалистов — невролога, офтальмолога, эндокринолога, отоларинголога, хирурга, эндоскописта, инфекциониста, физиотерапевта, стоматолога, терапевта; широкий спектр обследований, включающий:

рентгенодиагностику, флюорографию, лучевую и функциональную диагностику, ультразвуковые и лабораторные клинические исследования.

В больнице представлены практически все распространенные и востребованные медицинские специальности. Ежегодно в ГАУЗ «Городская больница №11» проходят лечение огромное количество пациентов.

Городская Больница №11 г.Казани оказывает медицинскую помощь населению Авиастроительного района г. Казани. Исследование проводилось в хирургическом отделении.

В исследовании приняли участие 20 медицинских сестер со стажем работы от 3 до 26 лет (рис.5).

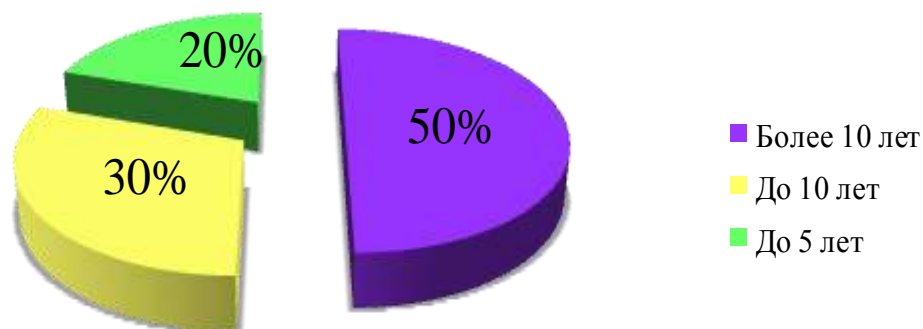


Рис.5 - Стаж работы медицинских работников

Сегодня получить средне-специальное образование недостаточно для того, чтобы считаться профессионалом. Учебное заведение дает хорошую базовую теоретическую подготовку, общие знания. А получение опыта начинается с практики. Поэтому средний медицинский персонал регулярно повышает свою квалификацию.

Аттестация медсестер уже давно стала регулярной процедурой, которая позволяет оценить уровень теоретических знаний и практических навыков, приобретенных в результате профессиональной деятельности.

После прохождения аттестации, которая повторяется с определенной периодичностью, медицинской сестре присваивается определенная категория. Сначала вторая, затем первая и, наконец, высшая. И даже если медсестра имеет

высшую квалификационную категорию, это не значит, что ее обучение закончилось.

Категорию нужно будет подтверждать. Если медсестра по каким-либо причинам не пройдет аттестацию, то лишится категории. Что в дальнейшем скажется и на оплате труда. Поэтому высшую категорию присваивают работникам со стажем, которые уверенно выполняют свои обязанности.

Однако им, так же, как и остальным, следует внимательно следить за всеми изменениями в сфере здравоохранения, за новыми технологиями. Ведь медицинская сестра высшей категории в лечебном учреждении - один из самых высококлассных специалистов.

Категория медицинских работников ГАУЗ «Городская больница №11» представлена на рисунке 6.

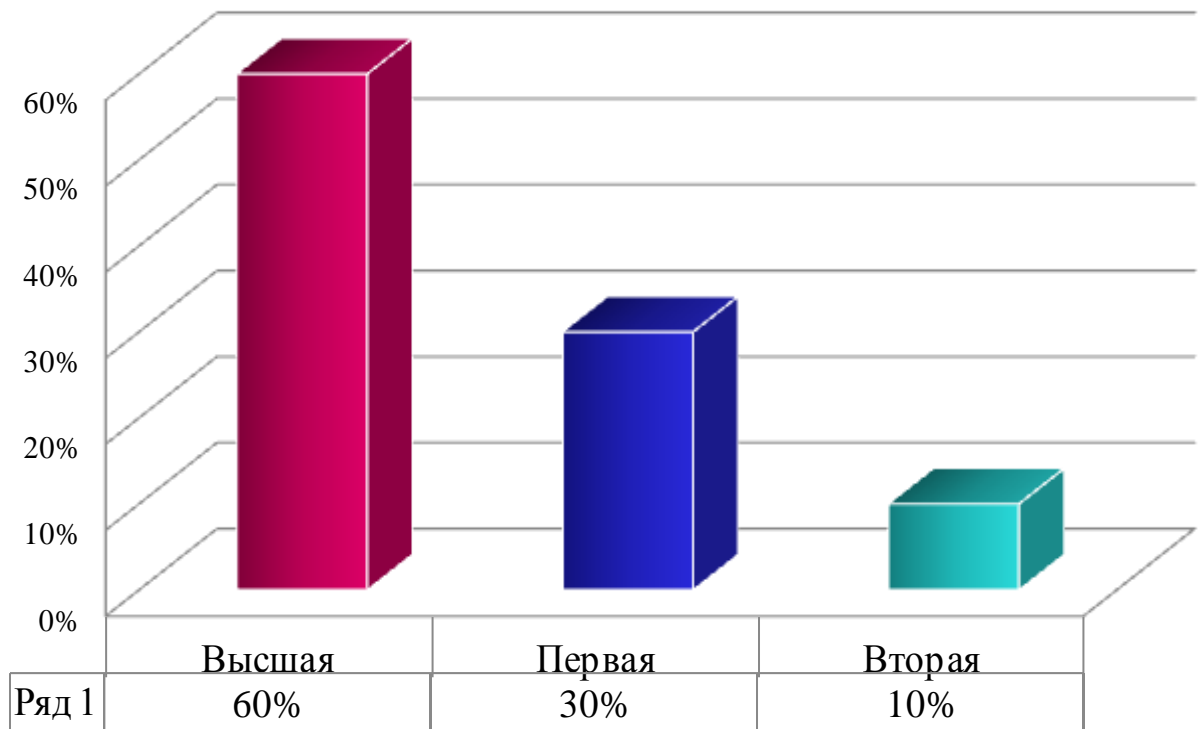


Рис.6- Категория медицинских работников

Одну из значимых ролей в структуре трудовой мотивации медицинских сестер играет престиж профессии. Большая часть из вышеперечисленных

причин прямо или косвенно связаны с положением данной профессии в обществе.

Поднять престиж профессии довольно сложно. И это является общей задачей не только системы здравоохранения, но и культурного состояния всего общества, иерархии общественных ценностей. Внедряемые в массовое сознание россиян извне трудовые мотивы и ценности западного образца не соответствуют той модели отношения к труду, которая формировалась на протяжении многовековой истории России на основе внутренних предпосылок и требований экономического развития.

Снижение общего культурного уровня населения, частью которого являются медицинские сестры, приводит к примитивизации потребностей, неразвитости мотивационной сферы.

Мнение работников о престиже своей работы показано на рисунке 7.



Рис. 7 - Престиж работы

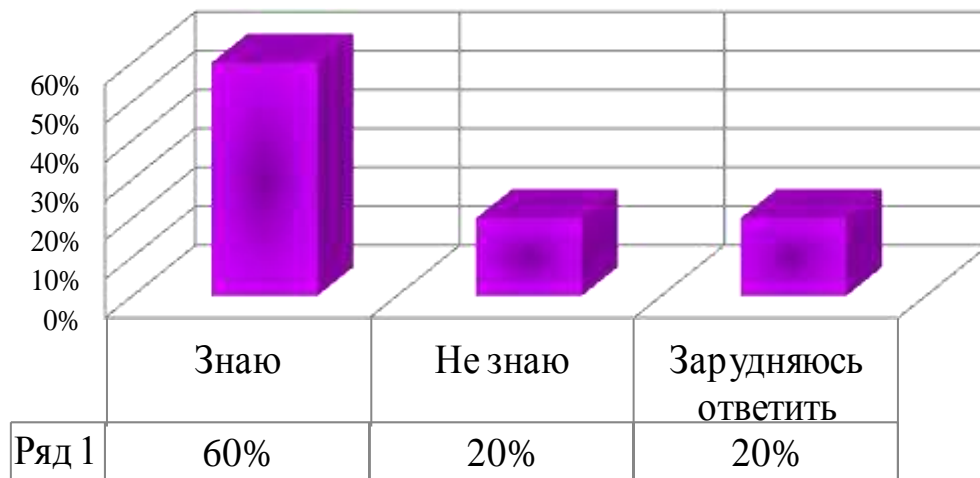
В России все учреждения, занимающиеся медицинской деятельностью, обязаны работать по жестким стандартам, среди которых немаловажное место занимает правильная дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения.

В своей работе все ЛПУ руководствуются рекомендациями, зафиксированными во многих нормативных документах.

Основным документом является СанПиН 2.1.3.2630 - 10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Знание медицинской документации – обязанность каждого медицинского работника.

Уровень оценки своих знаний медицинскими работниками показан на



рисунке 8.

Рис.8 -Знание медицинской документации

Последняя редакция основополагающего документа СанПиНа (дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения в нем выделена в отдельный раздел) была утверждена в 2010 году. Помимо этого, есть и другие нормативные акты, регламентирующие деятельность медицинских учреждений:

- Федеральный Закон № 52, который декларируют меры эпидемиологической безопасности населения.
- Приказ № 408 (по вирусным гепатитам) от 12.07.1984.
- Приказ № 720 (по борьбе с ВБИ).
- Приказ от 03.09.1999 г. (о развитии дезинфекции).

ОСТ «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения» № 42-21-2-85 также является одним из основных документов, регламентирующих стандарт проведения обработки инструментария. Именно им в своей работе руководствуются все лечебные учреждения.

Кроме того, существует большое количество методических указаний (МУ), дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения в которых рассматривается с точки зрения различных дезинфектантов, разрешенных для этой цели. Сегодня в связи с тем, что официально одобрено множество дезсредств, соответствующие методические указания тоже являются неотъемлемой частью документов, на которых строится работа ЛПУ.

Дезинфекцией называют комплекс мер, в результате которых уничтожаются патогенные микроорганизмы на объектах среды. К ним относятся поверхности (стены, пол, окна, жесткая мебель, поверхность оборудования), предметы ухода за больными (белье, посуда, санитарно-техническое оборудование), а также биологические жидкости, выделения больных и т. д.

ОСТ «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения» 42-21-2-85 утверждает, что проходить через процесс дезинфекции должны все предметы и инструменты, с которыми имел контакт пациент. В ЛПУ для этого используют физический или химический метод дезинфекции.

После ее завершения изделия, в зависимости от их назначения, проходят дальнейшую обработку, утилизируются или используются вновь.

Современные средства, применяемые для дезинфекции, позволяют совместить процессы дезинфекции и ПСО.

В этом случае после окончания экспозиции непосредственно в дез. растворе проводится ершевание инструментов и далее — все последующие этапы ПСО.

СП, дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения в которых расписаны буквально пошагово, уделяют большое внимание и проверке качества каждого этапа обработки. Для этого проводятся пробы,

контролирующие отсутствие на обрабатываемом изделии крови, других белковых соединений, а также качество смывания моющих средств. Контролю подвергают один процент обработанного инструментария.

Стерилизация является заключительным этапом в обработке тех изделий, которые имеют контакт с раневой поверхностью, слизистой оболочкой или кровью, а также инъекционными препаратами. При этом происходит полное уничтожение всех форм микроорганизмов, как вегетативных, так и споровых. Проведение всех манипуляций при этом подробно регламентируется таким нормативным документом МЗ, как приказ. Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения производятся согласно специфике лечебного учреждения и их назначения. Храниться простерилизованные изделия, в зависимости от упаковки, могут от суток до полугода.

Дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация изделий медицинского назначения являются важнейшими элементами в работе современных ЛПУ.

От того, насколько тщательно будут выполнены все мероприятия, которые закреплены в нормативных актах, утвержденных МЗ РФ, будет зависеть здоровье как пациентов, так и медицинского персонала.

Анкета также содержала вопросы, касающиеся знаний медицинскими сестрами постинъекционных осложнений и вопросов асептики.

За 2014-2015 год процедурной медсестрой выполнено следующее количество инъекций (таблица 4):

Таблица 4

Количество инъекций

Инъекции	2014 год	2015 год
Внутримышечные	1514	1688
Внутривенные	655	730
Подкожные	297	309
Всего:	2466	2727

В результате исследования было установлено, что 80% медицинских сестер в своей практической работе встречались с постинъекционными осложнениями. Чаще всего встречались (рис. 9):

- гематомы (55%),
- инфильтраты (28%),
- аллергические реакции (15%),
- абсцессы ягодичной области (2%).

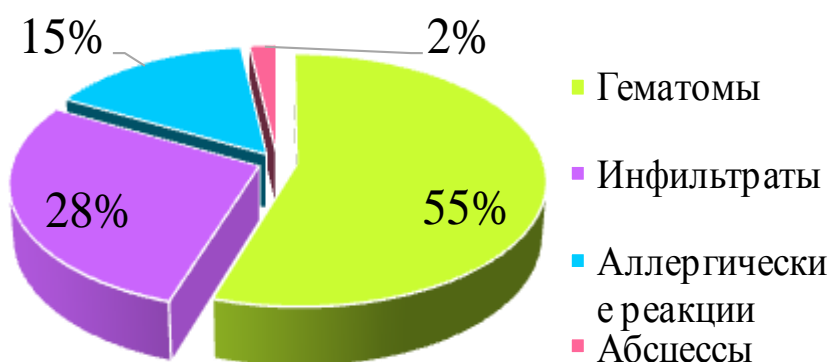


Рис. 9 -Постинъекционные осложнения

Основные показатели качества работы процедурной медсестры ГАУЗ «Городская больница №11» представлены в таблице 5.

Таблица 4

Качество работы процедурной медсестры

Осложнения	Год					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Инфильтрат	10	8	9	4	6	3
Гематома	15	8	4	2	6	5
Абсцесс	9	2	3	7	3	4
Аллергические реакции	3	5	2	1	-	2

Как мы видим, число постинъекционных осложнений в период с 2010 по 2015 года существенно снизилось. Если это изобразить на графике, то получится такая картина (рис. 10).

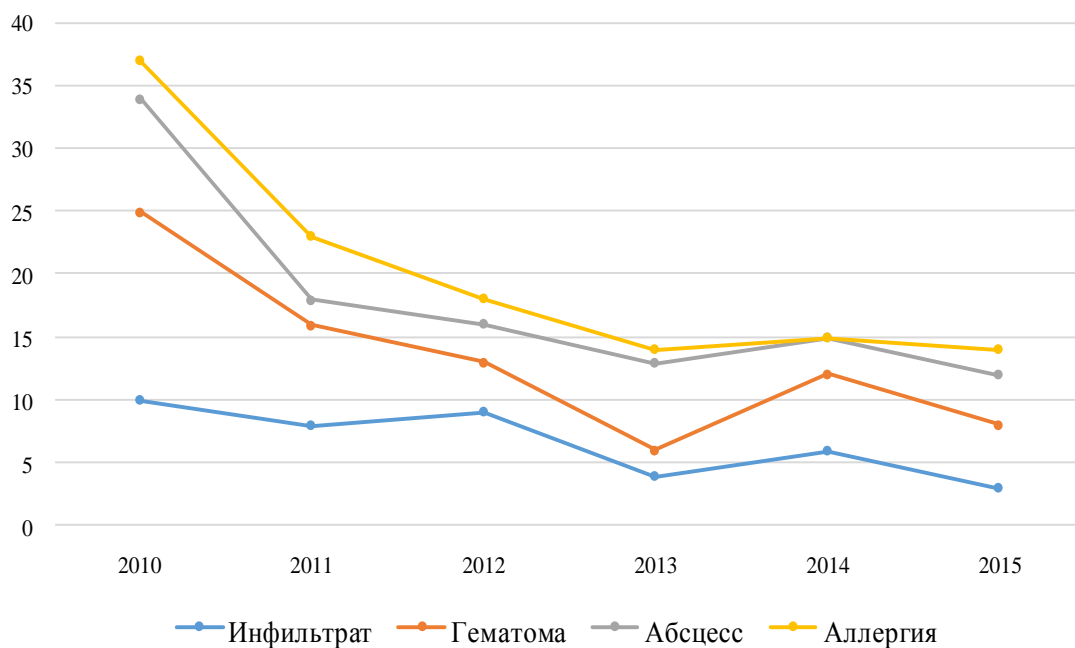


Рис. 10 - Статистика осложнений

В 2014 году количество бактериологических анализов с объектов внешней среды 2 раза в месяц составило – 24 - 2014, 24 – 2015г.

Наличие бактериологических анализов воздуха в процедурных кабинетах – 24 – 2014, 24 – 2015г.

Стерильность материала и инструментов – 24 – 2014, 24 – 2015г. (рис.11).

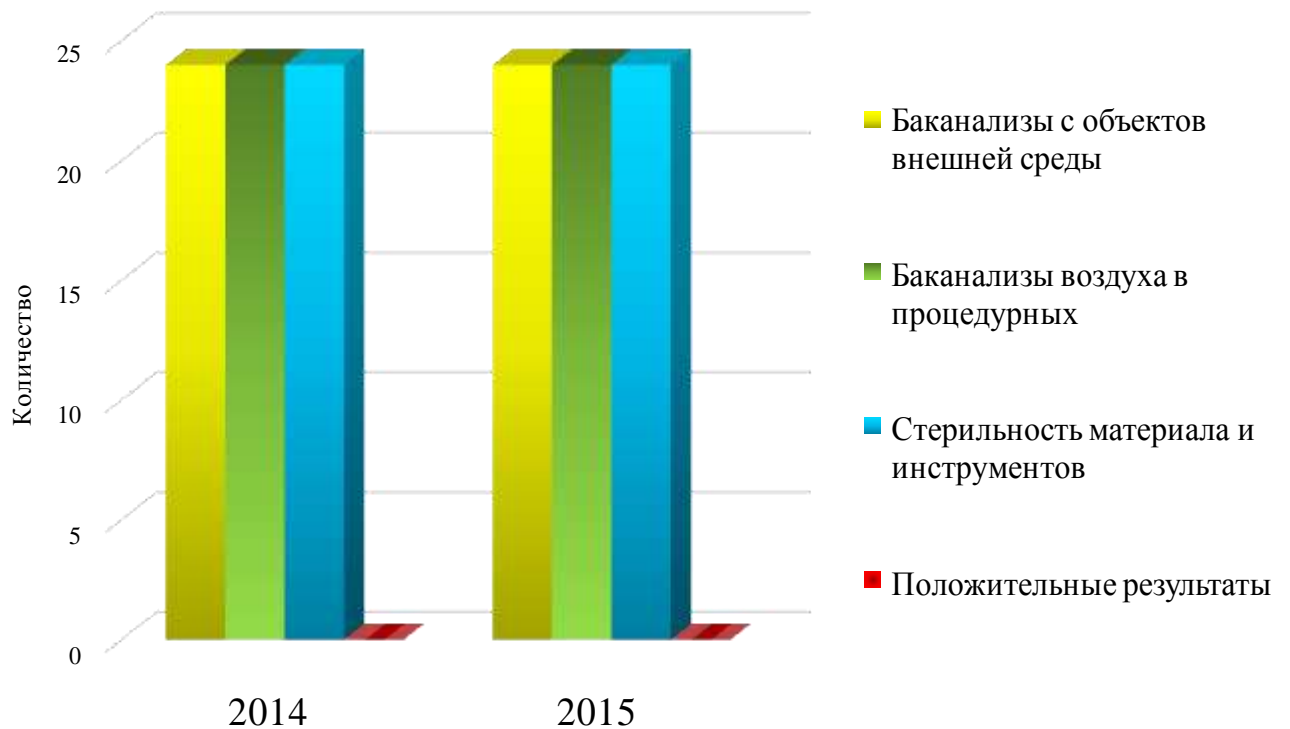


Рис. 11 - Бактериологические анализы

Из приведенных показателей видно, что высокое количество производимых инъекций не повлекло ухудшение санитарно - эпидемической обстановки в процедурном кабинете и показателей инфекционного контроля во всех случаях исследования.

На вопрос анкеты о соблюдении гигиенической обработки рук (приложение 3), знания всех шести рекомендуемых этапов обработки рук показали 86% медицинских сестер (рис.12); но лишь 70% респондентов, по моему наблюдению, соблюдали эти этапы в практической деятельности.

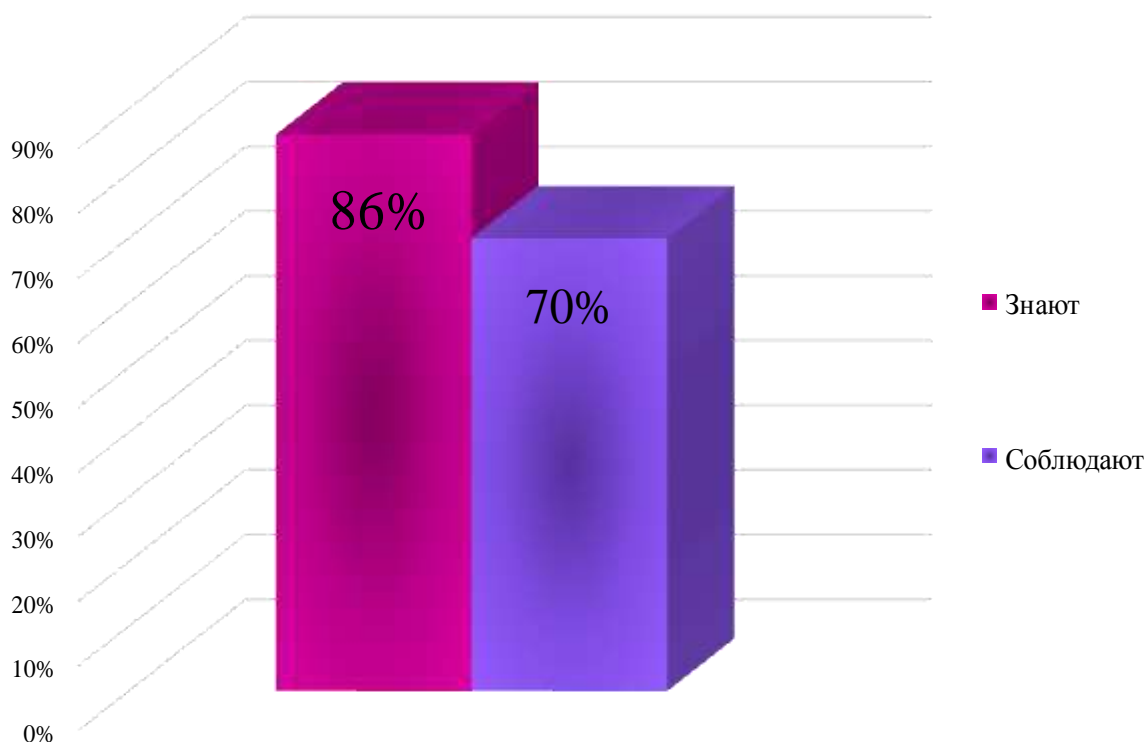


Рис. 12–Соблюдение правила гигиенической обработки рук

На вопрос анкеты о частоте смены перчаток в процессе рабочей смены получены следующие результаты (рис. 13):

86% опрошенных работают в одних перчатках, обрабатывая их антисептиком перед каждой инъекцией,

10% - меняют после каждого пациента,

4% - работают без перчаток.

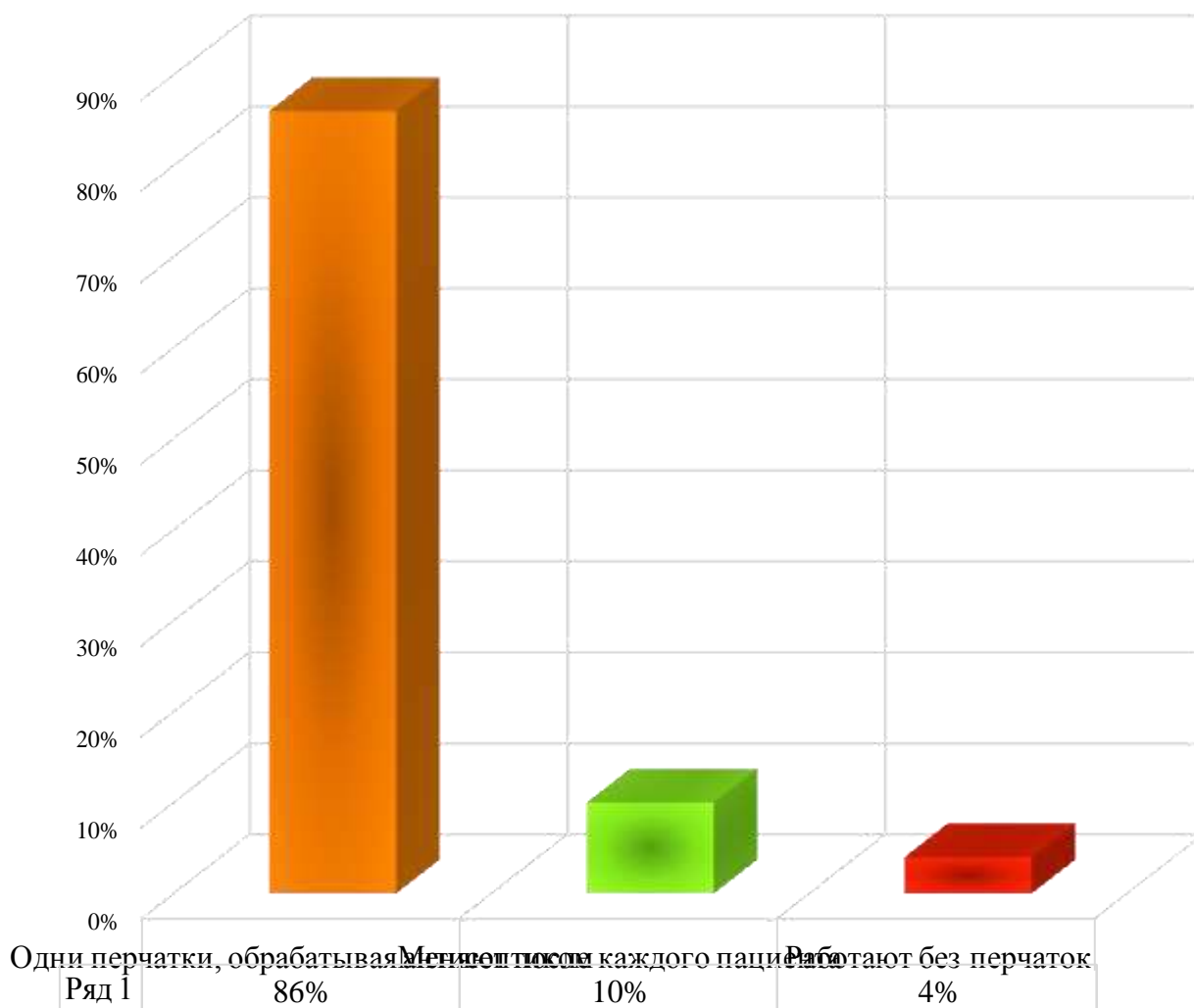


Рис. 13 - Кратность смены перчаток

Согласно п. 12.4.7.2 СанПиН 2.1.3.2630-10: «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».

Согласно п. 4.3 СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»: «Медицинский персонал должен осуществлять иммунизацию в специальной медицинской одежде (халате и шапочке) и хирургических перчатках».

На вопрос анкеты о соблюдении алгоритма постановки инъекции (приложение 4), знания всех рекомендуемых этапов показали 92% медицинских сестер (рис. 14); но лишь 80% респондентов, по моему наблюдению, соблюдали эти этапы в практической деятельности.

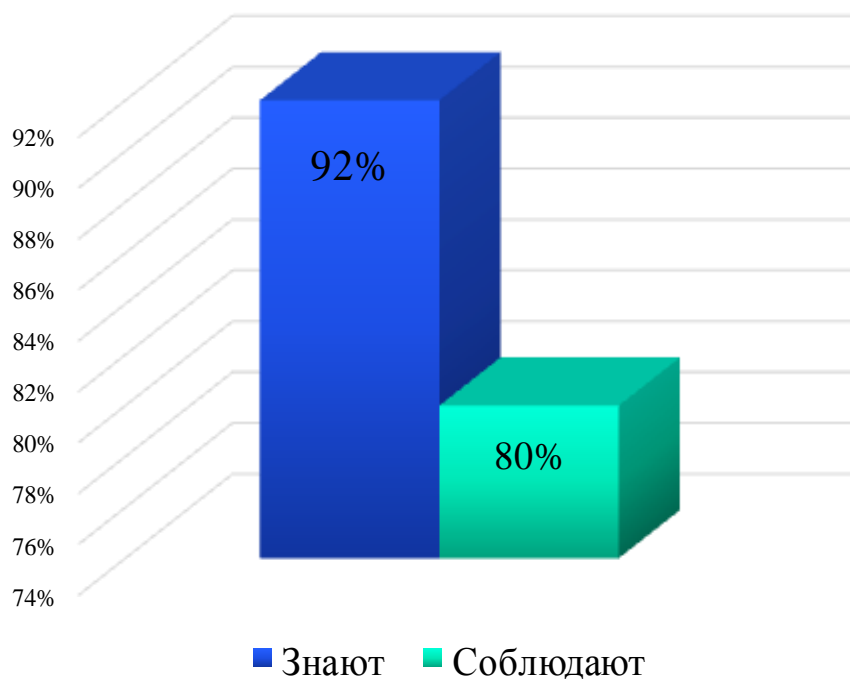


Рис. 14 - Алгоритм постановки инъекции

Что же мешает соблюдению основных противоэпидемиологических правил показано на рисунке 15.

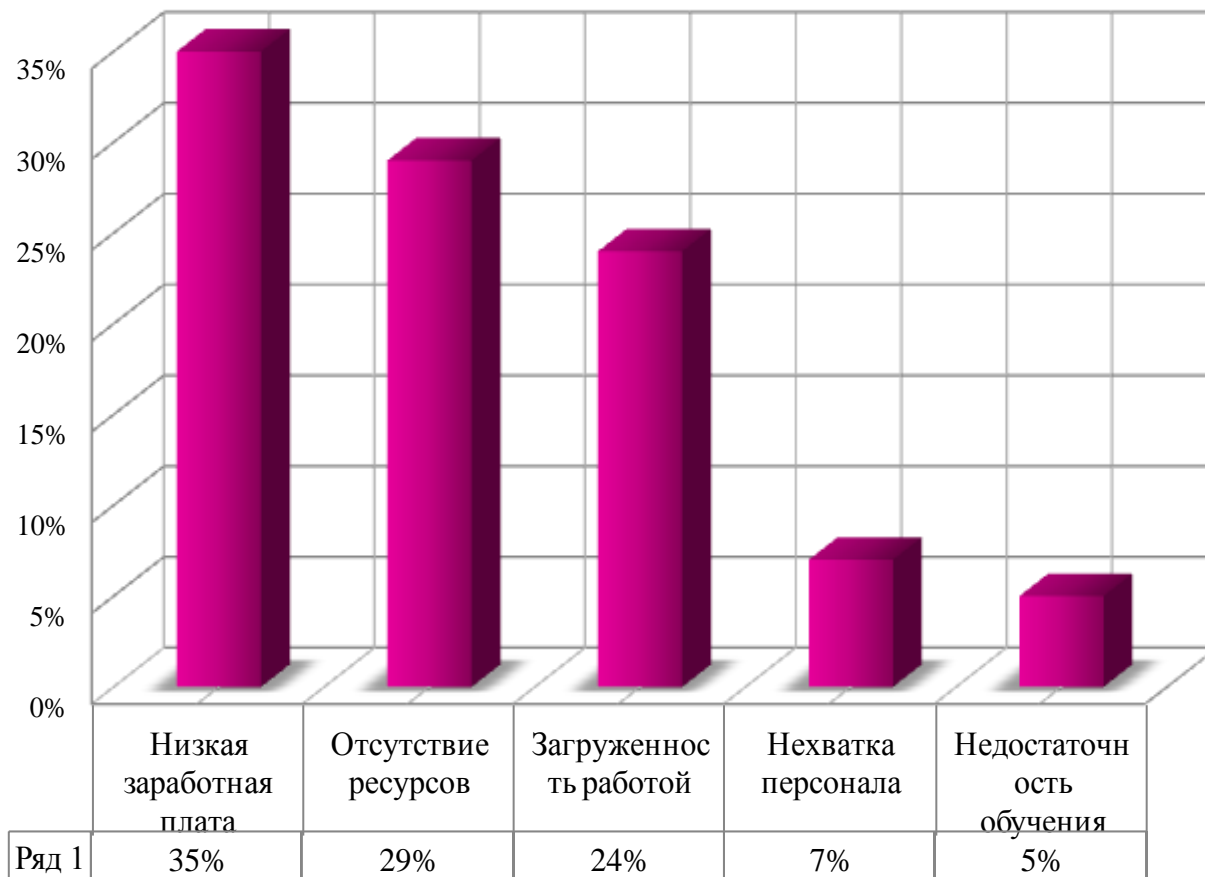


Рис.15 - Причины неполного соблюдения норм

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Если говорить непосредственно об профессиональном уходе за больными, то такое служение милосердия возникло в 11-ом веке, когда начали появляться в Западной Европе специальные общины, в которых женщины и девушки ухаживали за больными.

А в 13-ом веке появился первый госпиталь, где женщины ухаживали за подкидышами и сиротами. Основала его Елизавета Тюрингенская, поэтому всех, кто работал в этом госпитале, начали называть общиной "елизаветинок".

Вначале они ухаживали только за больными женщинами, а когда возникали военные конфликты, то и за ранеными мужчинами.

Потом появились "иоанитки" и "госпитальерки", которые в госпиталях ухаживали за ранеными и больными.

Особенно большое внимание они уделяли больным проказой.

А первая община сестер милосердия появилась во Франции. Это случилось в начале 17-го века. И только в 1641 году возникла первая школа для обучения сестер милосердия. Особенно много в этом деле сделали монахини различных монастырей.

Медсестра является незаменимым помощником любого врача, его правой рукой.

На её плечи ложится вся организационная составляющая работы в больнице.

Следует учитывать, что выпускникам данной специальности не разрешается самостоятельно определять ход лечения, выписывать лекарства и делать прочие назначения.

Тем не менее, полученных навыков будет достаточно для определения и диагностики различных заболеваний, оказания первой медицинской помощи.

Медсестра должна уметь измерять давление, делать инъекции и ставить капельницы, проводить другие медицинские процедуры.

Медсестра поликлиники выполняет в основном работу секретаря-помощника при враче:

- выписывает справки, рецепты для аптек,
- направления на анализы и обследования;
- заполняет амбулаторные карты.

В обязанности медицинской сестры в отделении стационара входит больше пунктов.

- делает инъекции,
- измеряет давление,
- выдаёт больным лекарства,
- оказывает первую помощь до прихода врача в случае наступления обострений.

Она также следит за санитарным состоянием палат и режимом больных, соблюдением в отделении предписанного врачом распорядка.

Медсёстры, работающие в больницах стационара, также часто выполняют работу ассистента хирурга во время операций:

- подают врачу инструменты и перевязочные материалы,
- готовят их к работе и убирают их после операций,
- помогают работать с больным.

Кроме перечисленных выше мест, медсёстры могут также работать в домах престарелых, приютах, домах инвалидов. Незаменима медсестра везде, где есть свой медпункт: на производстве, в школах и детских садах.

Для раскрытия темы я проанализировала научную медицинскую литературу, провела анкетирование пациентов и медицинских работников, проанализировала полученные данные.

Целью моего исследования является: определение места и роли медицинских сестер в повышении уровня безопасности пациентов.

В этом исследовании я достигла своей цели и выполнила все поставленные передо мной задачи.

Проанализировав данные, полученные мной в ходе исследования, я сделала следующие выводы:

1. При соблюдении санитарно-эпидемиологических требований медицинскими сестрами, в отделении отмечено снижение количества осложнений, возникающих после инъекций.

2. В ГАУЗ «Городская больница №11» г. Казани медицинские сестры имеют стаж работы более 10 лет -50%, до 10 лет -30%, до 5 лет -20%. Все используют в своей деятельности нормативно-правовые акты, приказы, стандарты «Технологии выполнения простых медицинских услуг».

3. От медсестры требуется осторожность и ответственность в соблюдении асептики и антисептики, при проведении манипуляций.

4. В повышении уровня безопасности пациентов большая ответственность ложится на медицинских сестер, именно они отвечают за стерильность используемого материала.

Рекомендации:

1. Старшим медицинским сестрам обеспечить контроль за уровнем повышения квалификации своих подчиненных.

2. Чтобы стать квалифицированным работником, медсестра должна добросовестно относиться к своим обязанностям, повышать уровень знаний на постоянной основе.

3. Во всех отделениях ГАУЗ «Городская больница №11» г. Казани необходимо проводить семинарские занятия с персоналом отделения по вопросам противоэпидемического режима, внедрения новых технологий, приказов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акимкин В. Г. // Воен.-мед. журн. – № 10. – С. 49-52.
2. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии : практикум / Н. В. Барыкина, О.В. Чернова; под ред. Б. В. Кабарухина - 11-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 460 с.
3. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии / Н.В. Барыкина В.Г. Зарянская; под ред. Б.В. Кабарухина. -16-е изд. – Ростов н/Д. : Феникс, 2014. – 447с
Белюсова А.К. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ – инфекции и эпидемиологии / А.К. Белюсова, В.Н. Дунайцева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 8-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2015. - 364 с.
4. Белюсова А.К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии / А.К. БелюсоваДунайцева В.Н.; под ред. Б.В. Кабарухина . – 4-е.изд., перераб. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 412 с.
5. Блинов А.В. Санкт-Петербург Общественное здоровье и здравоохранение/ Санкт-Петербург, 2011.-174 с.
6. Бодрова Н.Г. Особенности эпидемиологии гнойно-септических инфекций при внедрении в лечебный процесс эндовидеохирургических операций /Москва, 2007. – 23 с.
7. Бочкарев А.А. Социальная философия. Изд-во: Комсомольск-на-Амуре, 2004. – 164 с.
8. Внутрибольничные инфекции: Пер. англ., 1990. – 240 с.
9. Вебер В. Р., Чуваков Г. И., Лапотников В. А. Основы сестринского дела; Медицина - Москва, 2013. – 299 с.
10. Госпитальная инфекция / Беляков В.Д., Колесов А. П., Остроумов П.Б. и др. – Л., 1976.
11. Габуева Л.А., Зимина Э.В. Издательство: Оплата труда персонала медицинских организаций. Издательство «Проспект», 2015. – 296 с.

12. Главный государственный санитарный врач РФ постановление.02.2009 г. № 9г. Москва Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2485-09
13. Гончарова Г.Н., Савина Т.В. // Тез.докл. Всесоюз. Конф. «Труд и здоровье медицинских работников». Тбилиси, 3-5 октября, 1989. – С.41-46.
14. Гололобова Т.В. Научное обоснование совершенствования обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской деятельности / Гололобова Татьяна Викторовна/ Москва, 2014. - 48 с.
15. Главный государственный санитарный врач РФ постановление от 18 мая 2010 г. № 58г. Москва Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [электронный ресурс] // Справочно-правовая система «Консультант плюс» / www.consultant.ru
16. Гридина С. Должностные инструкции медицинских сестер в различных сферах / С. Гридина // [электронный ресурс]: <http://fb.ru>
17. Данилова М.А. Технология лекарств и организация фармацевтического дела Пятигорск ,2009 – 172с.
18. Интернет. Сайт - patpage.ru Постинъекционные осложнения
19. Комар В. И. Инфекционные болезни и сестринское дело; Высшая школа – Москва, 2013. – 246 с.
20. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение / Д. А. К 85 Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса. – 14-е изд. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 474 с.
21. Круглов С .Е. Общественное здоровье и здравоохранение Москва 2005.– 166 с.
22. Кузнецов С.М., Лизунов Ю.В., Ерофеев В.Г., Знаменский А.В. Общая и военная гигиена 2012.-733с Авторы-Дополнение:Макаров П.П., Нарыков В.И., Терентьев Л.П. Под ред. Ю.В. Лизунова, С.М. Кузнецова
23. Конкурс «Кем быть?» [электронный ресурс] <http://100-edu.ru/doc/5978/index.html>
24. Комар В.И.Инфекционные болезни и сестринское дело. Издательство «Высшэйшая школа», 2013. – 400 с.

25. Коллегия администрации кемеровской области постановление от 19 сентября 2013 года № 385 Об утверждении Комплексной программы развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года[электронный ресурс] // Справочно-правовая система «Консультант плюс» / www.consultant.ru
26. Клюжев В. М., Акимкин В. Г. // Воен. мед.журн. 1996. № 8. С. 23–28.
27. Концепция профилактики внутрибольничных инфекций.- М.: Минздрав России, 1999. – 21 с.
28. Любимова А. В. Эпидемиология Санкт-Петербург/2011. – 236 с.
29. Моршинин А.Р. Теория и методика профессионального образования. Оренбург, 2009. – 270с.
30. Мухина С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – Изд-во: «Родник», 2002. – 352 с.
31. Нехаев А.Н., Рычагов Г.П. Практические навыки в общей хирургии Издательство: «Вышэйшая школа», 2012. – 525 с.
32. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: учебное пособие Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина. – 21-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 766 с.
33. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина. - 4-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. – 412 с.
34. Отвагина Т.В. Терапия: учебное пособие / Т. В. Отвагина. – 6-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. – 367 с.
35. Основы сестринского дела. Учебник и практикум. В 2 томах. Том 2 НовинкаКнигопечатная продукция,. 2016г. – 203 с.
36. О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации (Приказ МЗ Р N2 220 от 17 сен. 1993). - М., 1993.
37. Огарков П. И. // Воен.-мед. журн. 1995. - N9 7. - С. 36-45.
38. Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

- помощи на 2016 год» Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru) 24 декабря 2015 г., в Собрании законодательства Российской Федерации от 28 декабря 2015 г. N 52 (часть I) ст. 7607
39. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 3 марта 2008 г. N 1506 об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08 Зарегистрировано Минюстом России 1 апреля 2008 г.
40. Приказ от 31 марта 2010 года N 269 Об утверждении стандартов качества государственных услуг качества услуг по обучению по программам среднего профессионального образования и повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинских кадров
41. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ
42. От 18 мая 2010 г. № 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим ме50. Прозоровский С. В., Генчиков А. А. Журн. микробиол. — 1984. — № 7. 21-26.
43. Профилактика внутрибольничных инфекций: Руководство для врачей. Под ред. Е. П. Ковалевой, Н. А. Семиной. — М., 1993.-351с.
44. Прямухина Н. С., Коршунова Г. С., Семина Н. А. и др. // Здоровье населения и среда обитания. — 1994. № 12/21. - С. 1-5. "Медицинскую деятельность"
45. Обработка рук медсестры <http://zhardem.kz/news/4407>
46. Петрова Н.Г. Общий уход за пациентами. Издательство «СпецЛит», 2013. – 231 с
47. Прямухина Н. С., Коршунова Г. С., Семина Н. А. и др. // Здоровье населения и среда обитания. — 1994. № 12/21. - С. 1-5.
48. Рубан Э.Д. Хирургия: учебник / Э.Д. Рубан. - 6-е изд., стер. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 569 с.
49. Сафина О. Г. Состояние здоровья, психологические и деонтологические аспекты деятельности средних медицинских работников / Сафина О. Г. Санкт-Петербург, 2007. – 21 с.

50. Сестринский уход в хирургии. МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях Новинка Александра Вязьмитина, Андрей Кабарухин 2016. – 544 с.
51. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учеб.пособие / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 17-е изд. - Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 473 с.
52. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи / Э.В. Смолева, Е. Л. Аподиакос. - 12-е изд. – Ростов н/Д. : Феникс, 2014. - 652 с.
53. Страцкевич О.Н., Сестринское дело в гериатрии. Практикум/ Страцкевич О.Н., Багдасарова Н.Ф. Издательство: Издательство "Вышэйшая школа" 2010 .- 223 с
- 54.52.Сальмонеллезы (Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика) Покровский В. И., Килессо В.А. Юшук Н. Д. и др. — Ташкент, 1989-С.153
55. Стручков В. И., Гостищев В. Стручков Ю. В. // Вестн. АМН ССС 1983. - № 8. - С. 3-7.
56. Стростина Е. Функциональные обязанности медсестры процедурного кабинета, ее права и ответственность / Е. Старостина // [электронный ресурс]: <http://fb.ru>
57. Хорошилов В.Ю. Эпидемиология госпитальных остеомиелитов, разработка мер профилактики :/ Хорошилов В.Ю Санкт-Петербург /2011.-157с
58. Чернова О. Э. Эпидемиология и профилактика постинъекционных осложнений . / Чернова О. Э.- Москва, 2006. –126 с.
59. Яфаев Р. Х., Зуева Л. П. Эпидемиология внутрибольничной инфекции. / Яфаев Р. Х., Зуева Л. П -1989. – 235с.

Приложение 1

Анкета для пациентов

Здравствуйте! Вам будут предложены несколько вопросов. Выберите вариант ответа, который наиболее соответствует Вашему мнению. Заполнение анкеты займет у Вас 5-10 минут. Спасибо за участие в опросе!

Ваш возраст:

- 18-44
- 45-49
- 50-74
- 75-89
- 90 и больше

Ваш пол:

- Мужской
- Женский

Где Вам делали инъекцию?

- На дому
- В этой больнице
- В другой больнице/ФАПе

Выберите симптом (можно несколько), который описывает Вашу проблему

- Общее повышение температуры тела
- Отек
- Краснота (гиперемия)
- Боль в месте инъекции
- Местное повышение температуры

Приложение 2

Анкета для медицинских работников

Здравствуйте! Вам будут предложены несколько вопросов. Выберите вариант ответа, который наиболее соответствует Вашему мнению. Заполнение анкеты займет у Вас 5-10 минут. Спасибо за участие в опросе!

Ваш стаж работы:

- до 5 лет
- до 10 лет
- более 10 лет

Имеете ли Вы категорию по своей профессии?

- Нет, не имею
- 2 категория
- 1 категория
- Высшая категория

Считаете ли Вы необходимым периодическое прохождение каждым медработником аттестации?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

Считаете ли Вы, что Ваша профессия престижна?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

Знаете ли Вы СанПиН 2.1.3 2630-10 «Санитарно-эпидемические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

Встречались ли Вы с постинъекционными осложнениями? С какими?

Знаете ли Вы и соблюдаете ли на рабочем месте алгоритм обработки рук?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

Сколько раз за рабочую смену Вы меняете перчатки?

- Работаю без перчаток
- Меняю после каждого пациента
- Использую одну пару перчаток на всю смену, обрабатывая их антисептиком.

Знаете ли Вы и соблюдаете ли противоэпидемиологический режим отделения?

- Да
- Нет
- Не в полной мере
- Затрудняюсь ответить

Расскажите алгоритм постановки инъекции. Продемонстрируйте.

Что с Вашей точки зрения мешает соблюдению утвержденных стандартов?

- Отсутствие соответствующего оборудования
- Отсутствие соответствующих ЛС
- Нехватка персонала
- Сильная загруженность работой
- Недостаточность обучения
- Низкая заработная плата
- Ничего не мешает

Приложение 3

Правила обработки рук в процедурном кабинете

Обычное мытье рук осуществляется жидким мылом из дозатора, а в случае его отсутствия — простым кусковым. Манипуляционные кабинеты должны быть оснащены смесителями с локтевым управлением.

После подготовки рук смачиваем их теплой водой, намыливаем ладони, тыльные стороны кистей, межпальцевые промежутки и ногтевые ложа.

Энергично трем руки друг о друга:

1. ладонь о ладонь;
2. правую ладонь о тыл левой кисти и наоборот;
3. сцепляем руки с раздвинутыми пальцами и трем внутренние поверхности пальцев движениями вверх-вниз;
4. складываем руку в кулак и тыльной стороной пальцев одной руки трем ладонь другой руки (повторяем для каждой руки);
5. сжимаем руку в кулак и охватываем палец другой руки, трем палец круговыми движениями — повторяем с каждым пальцем на обеих руках;
6. трем ладонь одной руки кончиками пальцев другой, затем меняем руки.

Каждое действие должно длиться не менее 30 секунд. После мытья вытираем руки одноразовым полотенцем, либо тканевым, которое тут же убирается из обращения

Гигиеническая антисептическая обработка рук медсестры:

1. Подготовка рук к обработке.
2. Мытье рук с помощью антисептического мыла.
3. Обработка рук водным или спиртовым антисептиком в соответствии с инструкцией по применению. Высушивание полотенцем после обработки антисептиком НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Приложение 4

Техника выполнения внутривенной инъекции:

Внутривенная инъекция выполняется в условиях манипуляционного кабинета, в палате стационара или отделении реанимации. В исключительных случаях, а именно при угрозе жизни, внутривенная инъекция может выполняться на дому или в транспорте. Препарат, его дозировку, частоту и длительность введения выбирает только врач. Несмотря на наличие других путей введения, внутривенные инъекции (техника, алгоритмы) – обязательный навык любого медработника.

Все, что соприкасается с веной, должно быть стерильно, поскольку лекарство попадает прямо в общий кровоток. Перед выполнением инъекции нужно уточнить все подробности по листу назначений, а если что-то неясно, спросить у врача. Необходимо также поговорить с пациентом и выяснить у него, не отмечалась ли ранее аллергическая реакция на препарат, каким было самочувствие после инъекции. Особо нервных пациентов нужно успокоить, объяснив простыми словами цель введения препарата. Непосредственно перед инъекцией нужно вымыть с мылом руки и обработать их антисептиком.

Для этой манипуляции требуется приготовить: одноразовый шприц с иглой; стерильные ватные шарики; стерильные перчатки; жесткую подушечку из клеенки под локоть; жгут; пилочку для ампул; препарат; закрытые емкости для дезраствора; закрытые емкости для отработанных игл, шприцов и ватных шариков (в экстремальных условиях весь отработанный материал можно собирать в одну емкость).

В первую очередь всегда нужно думать о безопасности – собственной и других пациентов. Материалы, соприкасающиеся с кровью, несут потенциальную угрозу заражения ВИЧ, отсюда и строгие санитарные условия. Внутривенные инъекции выполняются только в перчатках.

Если перчатки нестерильные, то после надевания они обрабатываются двумя шариками со спиртом.

Таким образом, алгоритм (выполнение внутривенной инъекции) подразумевает двойную обработку рук: мытье, обработку кожи антисептиком и обработку перчаток спиртом. Эти действия нужны для того чтобы прервать цепь передачи возможной инфекции. Это особенно важно в том случае, когда приходится выполнять много инъекций. Алгоритм выполнения медицинских услуг (например, внутривенная инъекция) подразумевает дезинфекцию не только рук персонала, но и шприцев, ватных шариков, а также кушетки, подушечек, помещения, т. е. всего, на чем могли остаться биологические следы. Соблюдение правил – лучший способ защиты всех пациентов и себя.

Алгоритм (выполнение внутривенной инъекции) подразумевает следующие действия:

Осмотреть шприц и ампулу, сверить назначение. Стерильными руками вскрыть упаковку со шприцем и собрать его, уложить в стерильный лоток. Открыть ампулу и набрать препарат, полностью выпустив воздух. Колпачок при этом должен быть надет на иголку.

Пациент должен удобно сидеть или лежать, его рука находится на твердой неподвижной поверхности.

Внешним осмотром нужно найти хорошо видимую вену. Чаще всего это плечевая вена, но иногда введение производится в вены кисти. Осмотреть нужно обе руки и выбрать лучшую вену.

Под локоть подкладывается жесткая подушечка, а в средней трети плеча накладывается жгут (на одежду или плотную салфетку, можно использовать полотенце). Если жгут наложить на кожу, то при его сдавливании пациент будет испытывать боль. Концы жгута должны быть направлены к медработнику.

После того, как жгут затянут, просят пациента несколько раз интенсивно сжать и разжать кулак. Вена должна вздуться, стать хорошо видна и легко прощупываться пальцами. Пациент держит кулак сжатым.

Вначале нужно обработать смоченными спиртом ватными шариками большой участок кожи – примерно 10 x 10 см вокруг предполагаемого места инъекции. Затем другим шариком – непосредственно место введения. Третий шарик зажимается мизинцем левой руки медсестры.

Снять со шприца колпачок, взять его в правую руку, игла располагается срезом вверх, указательный палец фиксирует канюлю. Левая рука охватывает предплечье пациента, при этом большой палец придерживает вену и натягивает кожу.

Техника выполнения внутривенной инъекции (алгоритм) предполагает, что прокалывать кожу и вену нужно под углом примерно 15 градусов, а затем продвинуть иглу на полтора сантиметра. Шприц находится в правой руке, а левой нужно мягко потянуть на себя поршень, в шприце должна появиться кровь. Появление крови означает, что игла находится в вене.

Левой рукой снять жгут, пациент разжимает кулак. Снова потянуть на себя поршень, проверить нахождение иглы в вене. Медленно нажимать на поршень до полного введения препарата. Во время введения нужно внимательно следить за состоянием человека. Затем быстро вынуть иглу, прижать прокол ватным шариком, согнуть руку пациента в локте, оставить посидеть минут 10. Попросить разогнуть руку, крови не должно быть.

Алгоритм выполнения внутривенной инъекции по СанПину предполагает, что после завершения инъекций дезинфицируется помещение, а в медицинскую документацию вносится запись.

Техника выполнения внутримышечной инъекции:

Подготовку шприца с препаратом и рук медсестры выполняют аналогичным образом. Пациента нужно уложить на кушетку лицом вниз. Внутримышечные инъекции лучше делать при положении пациента лежа, потому что человек может упасть – все переносят инъекции по-разному.

Условными линиями делят ягодицу на 4 квадрата, место введения – верхний наружный. Кожу обрабатывают двумя шариками со спиртом: вначале

широкое поле, затем место самой инъекции. Шприц держат в правой руке, а левой растягивают кожу в месте введения.

Резким движением вводят иглу в ягодичную мышцу, оставляя снаружи $1/3$ длины. Угол введения – около 90 градусов (только в бедро угол введения – около 45 градусов).

Левой рукой тянут на себя поршень, при этом крови в игле не должно быть. Если игла попала в сосуд, делают новый прокол. Если крови нет, медленно вводят весь препарат. Берут третий ватный шарик и прижимают его к месту введения. Желательно, чтобы пациент посидел несколько минут, нужно проследить за его реакцией.

Алгоритм внутримышечной инъекции предполагает, что все, соприкасавшееся с кровью, является биологическими отходами. Поэтому в манипуляционном кабинете должны быть емкости:

- для промывания шприцев;
- для замачивания использованных шприцев;
- для использованных игл;
- для использованных ватных шариков.

Емкости заполняются дезраствором, который ежедневно меняют. Шприц с иглой промывают в растворе, затем иглу с колпачком отсоединяют и помещают в отдельную емкость. Промытый шприц разбирают, помещают в другую емкость. Шарик замачивают отдельно. Промытые в дезрастворе шприцы, иглы и шарик утилизируют по договору с дезинфекционным учреждением.