ГБОУ СПО СК «СТАВРОПОЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

**«МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ЛПУ»**

 ПО ПРОГРАММЕ

ПМ «ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ДОЛЖНОСТИ СЛУЖАЩЕГО МЛАДШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ».

МДК 04 «БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И МЕДПЕРСОНАЛА»

Предназначена для преподавателей и студентов специальности «Сестринское дело» «Лечебное дело» и «Акушерское дело» базовой и углубленной подготовки»

Разработана преподавателем высшей категории ЦМК основ сестринского дела

Сивковой С.В.

****

 Утвержден на заседании

 ЦМК основ сестринского дела

Протокол №\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Председатель ЦМК

 Ситникова Л.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2015 год

**ВНУТРЕННЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

Методическая разработка практического занятия разработана преподавателем высшей категории ЦМК основ сестринского дела ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Сивковой С.В.

 Данная разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля

Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальности СПО «Сестринское дело», «Лечебное дело» и «Акушерское дело» базовой подготовки в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по должности служащего Младшая медицинская сестра по уходу за больнымисоответствующих профессиональных компетенций.

Согласно программе модуля практическое занятие рассчитано на 6 академических часа учебного времени.

 Структура и содержание занятия полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формирования профессиональных и общих компетенции.

 Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. План проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивного занятия. Теоретическое обоснование сопровождается иллюстративными формами изложения (презентациями).

 Учебно-методический комплекс соответствует всем требованиям к методической литературе и рекомендован для использования в учебном процессе

Рецензор:

Преподаватель высшей категории

ЦМК основ сестринского дела Ситникова Л.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВНЕШНЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

Практическое занятие разработано преподавателем высшей категории ЦМК основ сестринского дела ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Сивковой С.В.

 Данная методическая разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля МДК 04 «Выполнение работ по должности служащего Младшая медицинская сестра по уходу за больными», раздел МДК «Безопасная среда для пациентов и медперсонала». Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальности СПО «Сестринское дело», «Лечебное дело» и «Акушерское дело» базовой подготовки в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больнымисоответствующих профессиональных компетенций.

 Структура и содержание модуля полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формирования профессиональных и общих компетенции.

 Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. Планы проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивных занятий. Теоретическое обоснование сопровождается иллюстративными формами изложения (презентациями).

Цели и задачи практического занятия соответствуют всем требованиям для реализации знаний и навыков студентов при практическом обучении и способствуют формированию профессиональных компетенций.

Рецензор:

Гл. медсестра ГБУЗ СК КККД Маслакова Н.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Практическое занятие, в соответствии с учебным планом программы МДК 04 раздела «Безопасная среда для пациентов и медперсонала» рассчитано на 6 академических часов раздела учебной практики и направлено на закрепление знаний по разделу «Инфекционная безопасность". Данный раздел включает в себя следующие части:

* Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение производственной санитарии и личной гигиены на рабочем месте;
* Обеспечение безопасной больничной среды для пациентов и персонала. Участие в санитарно-просветительской работе среди населения.

 В соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта и программе модульного обучения, основной целью занятий является формирование соответствующего уровня общих и профессиональных компетенций. После изучения данного раздела студент должен:

ИМЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ:

* оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;
* обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому;
* обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПУ;
* соблюдения требований техники безопасности при уходе за пациентом во время проведения процедур и манипуляций

УМЕТЬ:

* собирать информацию о санитарном состоянии помещений медицинского назначения;
* обеспечить безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала;
* проводить текущую и генеральную уборку помещений с использованием различных дезинфицирующих средств;

ЗНАТЬ:

* факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала;
* основы профилактики внутрибольничной инфекции;

Занятие включает в себя теоретическое обоснование темы, презентацию, блок контрольно-обучающих заданий, карты самостоятельной работы и карты контрольной оценки по итогам занятия. Для промежуточного контроля по разделу представлен тест в двух вариантах. Также представлена рабочая тетрадь по для организации аудиторной самостоятельной работы студентов и проведения самоконтроля.

Трудно переоценить значение данной темы для формирования профессиональных компетенций, так как инфекционная безопасность пациентов и медперсонала – это одно из самых главных условий осуществления медицинской помощи на всех уровнях и этапах. Получение знаний и навыков по организации инфекционной безопасности в лечебно-профилактических учреждениях станет основой для воспитания профессионалов сестринского дела.

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Практические занятия является самым важным звеном в системе среднего профессионального образования медицинских работников. Они являются самыми значимыми в процессе формирования профессиональных и общих компетенций у студентов медицинского колледжа.

Предусматривается проведение занятий на базах учреждений практического здравоохранения, что позволяет максимально приблизить учебный процесс к реальным условиям.

Специфика проведения практических занятий подразумевает проведение контроля исходного и итогового уровня знаний, использование информационно-компьютерных технологий, закрепление лекционного материала и большой блок самостоятельной работы студентов (аудиторной и внеаудиторной).

Дидактический материал представлен рабочими тетрадями и различными приемами контроля знаний на различных этапах занятия. Наглядность закрепляемого материала обеспечивают презентации по темам.

Карта самостоятельной работы обеспечит четкую организацию учебного процесса на этом этапе, возможность самоконтроля и взаимоконтроля при отработке манипуляций.

Темы данного раздела подразумевают изучение и освоение целого ряда практических манипуляций, поэтому в комплект занятий входят и стандарты соответствующих сестринских манипуляций.

Педагогам, приступающим к проведению занятий, представляется широкая возможность для использования самых различных приемов и методов личностно-ориентированного и активного обучения.

**СХЕМА ИНТЕГРАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ**

**МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ**

**ВНУТРИПРЕДМЕТНЫЕ**

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

**САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ**

**ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**СЕСТРИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА**

**ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС**

**ПСИХОЛОГИЯ**

**ТЕРАПИЯ**

**ХИМИЯ**

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛПУ**

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЗАНЯТИЙ ПО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Тема**  | **Количество часов** |
| 1. | Дезинфекция: виды, методы и способы | 6 |
| 2. | Сбор и утилизация медицинских отходов | 6 |
| 3. | Предстерилизационная очистка мединструментария | 6 |
| 4. | Стерилизация: виды, методы и способы | 6 |
| 5. | Универсальные методы безопасности при контакте с биологическими жидкостями | 6 |
| 6. | Соблюдение требований СЭР в ЛПУ | 6 |
|  | **Итого:** | **36 часов** |

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ РАЗДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

Результатом освоения раздела профессионального модуля «Безопасная среда для пациентов и медперсонала» является овладение обучающимися профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 4.1 | Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности |
| ПК 4.2. | Соблюдать принципы профессиональной этики. |
| ПК 4.3. | Осуществлять уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому. |
| ПК 4.4. | Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода. |
| ПК 4.5. | Оформлять медицинскую документацию. |
| ПК 4.6. | Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий. |
| ПК 4.7. | Обеспечивать инфекционную безопасность. |
| ПК 4.8. | Обеспечивать безопасную больничную среду для пациентов и персонала. |
| ПК 4.9. | Участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения. |
| ПК 4.11. | Обеспечивать производственную санитарию и личную гигиену на рабочем месте. |
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.  |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем |
| ОК 3. | Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям, уважать социальные, культурные и религиозные различия. |
| ОК 8. | Соблюдать правила охраны труда, противопожарной безопасности и техники безопасности. |

**ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ:**

1.Организационный момент – 5 минут

2.Контроль уровня знаний – 20 минут

3.Изучение нового материала – 20 минут

4.Демонстрационная часть – 10 минут

5.Вводный инструктаж – 5 минут

6.Самостоятельная работа – 180 минут

7.Оформление дневников и манипуляционных тетрадей – 20 минут

8.Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут

9.Заключительная часть – 5 минут

**ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

1.Организационный момент.

Цель: оптимизация учебного процесса, создание рабочего настроя и условий выполнения задач занятия. Проводится проверка готовности кабинета к работе, оценка внешнего вида студентов, приветствие, проверка посещаемости и назначение дежурных, сообщение темы и плана проведения занятия, целей занятия и его значение в учебном процессе и практической деятельности. Студенты записывают занятия и дату проведения в дневники, осмысливают план проведения занятия.

2.Контроль уровня знаний.

Цель: выявление базовых знаний по теме, определения уровня подготовки, готовности к усвоению нового материала и оценка качества знаний, выявление слабых мест в подготовке, оценка способности к логическому и клиническому мышлению, оценка письменной и устной речи. Оценивается качество самоподготовки и усвоения материала. Преподаватель оценивает уровень знаний лекционного материала и результатов самоподготовки, используя различные приемы: фронтальный опрос, терминологический диктант или тестовые задания, индивидуальный опрос.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дайте определение инфекционной безопасности?
2. Перечислите основные меры профилактики инфекций?
3. Перечислите основные пути передачи инфекций?
4. Какие факторы, способствуют восприимчивости хозяина к инфекциям?
5. Перечислите основные меры профилактики ВБИ;
6. Перечислите основные меры безопасности при работе с биологическими жидкостями?
7. Дайте определение дезинфекции, перечислите виды, методы и способы?
8. Меры безопасности при работе с дезсредствами?
9. Какие действия необходимы при попадании биологических жидкостей на слизистые глаз, носа, полости рта и на кожу?
10. Какие уровни мытья рук Вы знаете?
11. Этапы ПСО?
12. Контроль качества ПСО?
13. Этапы подготовки инструментария к стерилизации?
14. Дайте определение стерилизации, виды и методы?
15. Как осуществляется контроль стерильности?
16. Функции ЦСО?
17. Классы медицинских отходов?
18. Перечислите основные приказы по СЭР в ЛПУ?
19. Перечислите основные требования СЭЛ в ЛПУ, согласно санитарным правилам?

3. Изучение нового материала.

Цель: выполнение требований образовательного стандарта, формирование профессиональной компетенции по разделу модуля, формирование профессиональных навыков по манипуляциям, закрепление теоретических знаний по теме занятия. Преподаватель обращает внимание на значение данной темы для практики, использует опорный конспект, дополнительные источники информации. Студенты знакомятся с алгоритмами, записывают основные положения и определения в дневники.

4. Демонстрационная часть:

Цель: оптимизировать усвоение нового материала, обеспечить наглядность, вызвать познавательный интерес. Использовать современные технологии в образовательном процессе, закрепить теоретические знания, развить мыслительную деятельность. Обеспечить выработку профессиональных умений и навыков. Преподаватель демонстрирует слайды по данной теме, учебный фильм. Затем проводится демонстрация манипуляций:

* Определение массы тела;
* Измерение роста;
* Проведение противопедикулезной обработки пациента в условиях приемного отделения.

5.Вводный инструктаж.

Цель: оптимизация самостоятельной работы, профилактика травматизма, обеспечение выполнения задач занятия, выработка самостоятельности и ответственности. Преподаватель доводит до внимания студентов план проведения самостоятельной работы, ее цели и задачи. Студенты знакомятся с картами самостоятельной работы и заданием, получают глоссарий, алгоритмы. Преподаватель обращает внимание на обязательное соблюдение принципов этики и деонтологии при общении с пациентами и медперсоналом, соблюдение требований инфекционной безопасности при выполнении практических навыков.

6. Самостоятельная работа.

Цель: формирование профессиональной компетентности, развитие логического и клинического мышления, выработка самостоятельности. Развитие навыков общения, педагогических способностей, навыков работы с документацией. Стимулировать мыслительную деятельность, вызвать познавательный интерес, привить профессиональные навыки, любовь к будущей профессии. Закрепить теоретические знания на практике.

Первый этап – 90 минут, работа в кабинете доклинической практики. Решение ситуационных задач на развитие клинического мышления. Затем по алгоритмам студенты отрабатывают практические навыки, работают парами. Изучают глоссарий. Планируют свои действия на второй этап самостоятельной работы, знакомятся с картами самостоятельной работы и заданием. Этапы отработки манипуляций контролирует преподаватель. Студентов, не допускающих ошибок, назначают экспертами.

На втором этапе работа в отделениях стационара, выполнение заданий:

* Знакомство с устройством приемного отделения;
* Изучение документации приемного отделения и правил ее оформления;
* Проведение манипуляций по антропометрии, с использованием алгоритмов.

Время работы в отделении – 90 минут. Эксперты представляют отчет об итогах отработки манипуляций. Преподаватель контролирует все этапы самостоятельной работы, оценивает активность студентов.

7. Оформление дневников и манипуляционных тетрадей.

Цель: развить аккуратность, ответственность, умение работать с документацией, развитие письменной речи. Студенты документируют этапы занятия в дневники, отражая основные моменты самостоятельной работы, составляют краткий отчет о выполнении на проверку преподавателю.

8. Подведение итогов занятия, задание на дом.

Цель: оценить уровень знаний каждого студента, развить критику и самокритику, определить слабые места подготовки и нацелить студентов на восполнение дефицита знаний, обеспечить оптимальные условия для самоподготовки студентов, развить познавательный интерес.

Преподаватель оценивает работу на всех этапах занятия, проверяет дневники, комментирует основные ошибки, отмечает отличившихся студентов, оглашает итоговые оценки и отвечает на вопросы студентов. Для объективности используются карты экспертной оценки. Сообщается тема следующего занятия, вопросы для самостоятельной подготовки, источники информации /учебные пособия, лекции и т.д

9. Заключительная часть.

Цель: развить ответственность и аккуратность, стремление к чистоте и порядку. Студенты прощаются с преподавателем, дежурные проводят проветривание и уборку рабочих мест и кабинета, сдают раздаточный материал и оборудование.

**КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Профессиональные компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** | **Уровень усвоения компетенции** |
| Обеспечение инфекционной безопасности | * Умение провести мероприятия для профилактики ВБИ в условиях стационара
* Знание путей и способов передачи инфекционных заболеваний в ЛПУ
* Знание причин распространения ВБИ
* Знание источников и резервуаров ВБИ
* Умение применить теоретические знания и практические навыки при практической деятельности
 | * Фронтальный опрос
* Индивидуальный опрос
* Тестовый контроль
* Решение ситуационных задач
* Защита рефератов
* Деловая игра
 | 2 |
| Обеспечение безопасной больничной среды для пациентов и медперсонала | * Знание основных терминов и определений по теме
* Знание составляющих безопасной больничной среды
* Умение определить группы риска по ВБИ
* Знание основных способов передачи инфекции
* Умение применить индивидуальные средства защиты при проведении манипуляций
* Умение провести контроль соблюдения требований СЭР
 | * Отработка навыка гигиенической обработки рук
* Отработка навыка использования стерильных перчаток
* Самостоятельная работа
* Фронтальный опрос
* Индивидуальный опрос
* Тестовый контроль
* Решение ситуационных задач
* Защита рефератов
* Деловая игра
 | 2 |
| Обеспечение производственной санитарии и личной гигиены на рабочем месте | * Умение создать безопасную среду на рабочем месте
* Умение использовать индивидуальные средства защиты
* Умение производить обработку рук при проведении определенных манипуляций
* Умение осуществить контроль за соблюдением требований СЭР в условиях отделения стационара
* Умение оказать помощь при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий в условиях стационара
* Изучение мероприятий по созданию безопасной больничной среды
 | * Отработка навыка гигиенической обработки рук
* Отработка навыка использования стерильных перчаток
* Самостоятельная работа
 | 2 |

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

***Санитарно-противоэпидемический режим ЛПУ*** – комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заноса и распространения инфекции в ЛПУ и за его пределами, основой которых является обеспечение дезинфекционно-стерилизационного режима.

***Внутрибольничная инфекция*** (нозокомиальная, больничная, госпитальная) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания или после выписки из больницы**.**

***Инфекционный процесс* –** это процесс взаимодействия микроорганизма и макроорганизма в определенных условиях внешней среды.

**ГРУППЫ РИСКА ПО ВБИ.**

К группе риска по ВБИ относятся:

* новорожденные и дети раннего возраста;
* лица пожилого возраста;
* пациенты, длительно находящиеся на постельном режиме;
* пациенты, длительно находящиеся на госпитализации и имеющие прямой контакт с различными сотрудниками ЛПУ;
* истощенные пациенты, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями;
* беременные и родильницы
* доноры (крови, спермы, органов и тканей)
* пациенты в послеоперационном периоде
* пациенты, которым проводились переливания крови или ее компонентов
* пациенты, проходившие эндоскопическое исследование
* пациенты стоматологической поликлиники
* пациенты, страдающие гемофилией или другими хроническим заболеваниями крови
* пациенты с нарушениями питания
* пациенты с иммунодефицитными состояниями
* онкологические больные
* члены семей пациентов с хроническими формами гепатита
* наркоманы, проститутки, гомосексуалисты
* медицинские работники, профессиональная деятельность которых связана с постоянным контактом с биологическим жидкостями и проникающими манипуляциями.

**Пути и способы передачи ВБИ:**

1. Контактный:

прямой (источником является хозяин)

косвенный (через промежуточный объект: руки, предметы ухода, инструментарий)

2. Воздушно-капельный.

3. Трансплацентарный (от матери к плоду)

4. Трансмиссивный:

через неживого носителя (вода, пища, кровь)

через живого носителя (насекомые, звери, птицы).

**Основные правила предупреждения ВБИ для медицинского персонала:**

* Режим дезинфекции: дезинфицировать предметы и оборудование по уходу сразу после использования, немедленно убирать просыпанный или пролитый инфицированный материал;
* Правила асептики и антисептики;
* Правила личной гигиены: мыть руки сразу после контакта с инфицированным материалом и пациентом, надевать перчатки при контакте с биологическими жидкостями, кровью и инфицированным материалом; мыть руки сразу после снятия перчаток;
* Режим стерилизации инструментария;
* Масочный режим;
* Нормы обеспечения рабочих мест дезинфицирующими растворами;
* Ношение спецодежды в рабочее время, максимальное использование одноразовой одежды при выполнении некоторых манипуляций;
* Проведение регулярных медицинских осмотров, выявление гнойничковых заболеваний при регулярных осмотрах;
* Выявление и санирование бактерионосителей;
* Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима помещений;
* Выявление и изоляция заболевших;
* Соблюдение методических рекомендаций при приготовлении дезинфицирующих растворов;
* Осуществление санитарно-противоэпидемического надзора;
* Максимальное использование одноразового инструментария и предметов ухода;
* Соблюдение правил утилизации медицинских отходов;
* Оптимальное оснащение рабочих мест оборудованием для дезинфекции;
* Своевременное обеспечение гигиенических потребностей пациента при дефиците самоухода; осуществление мероприятий по профилактике пролежней и развития педикулеза;
* Санитарно-просветительная работа с пациентами и их родственниками;
* Обеспечение лечебно-охранительного режима отделения;
* Контроль за организацией питания, в том числе проверка передач;
* Осуществление контроля за посещениями пациентов и соблюдением посетителями требований режима.
* Правильная организация приема и санитарной обработки пациентов при поступлении в стационар. При выявлении педикулеза проведение мероприятий, регламентированных соответствующим приказом;

**Меры индивидуальной защиты при проведении инвазивных процедур:**

* Работа в резиновых перчатках, а при повышенной опасности заражения – в двух парах перчаток;
* Использование масок, очков, экранов, особенно при опасности разбрызгивания крови;
* Использование масок при обработке использованной одежды и инструментария;
* Осторожное обращение с острым инструментарием, использование нейтральных зон при передаче такого инструментария из рук в руки;
* Не снимать руками иглу с использованного шприца;
* Хранить использованные острые предметы в специальных контейнерах;
* Собирать упавшие на пол иглы магнитом;
* Микротравмы на руках закрывать лейкопластырем, лифузолем или напальчником.
* В аварийных ситуациях действовать согласно инструкции, экстренная профилактика должна начаться в первые 24 часа.

**УРОВНИ ДЕКОНТАМИНАЦИИ РУК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Социальный** | **Гигиенический** | **хирургический** |
| Мытье умеренно загрязненных рук простым мылом и водой удаляет с кожи большинство временных микроорганизмов.Социальная обработка проводится:* Перед приёмом пищи
* Перед кормлением больных
* Перед работой с продуктами питания
* После посещения туалета
* Перед и после ухода за пациентом
* После любого загрязнения рук
* Перед и после контакта с предметами, которые могут быть инфицированными

Обработка проводится не менее 30 секунд | Мытьё рук с использованием антисептических средств способствует более эффективному удалению временных микроорганизмов.Гигиеническая обработка проводится:* Перед выполнением инвазивных процедур
* Перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом
* Перед и после ухода за ранами и мочевым катетером
* До одевания перчаток и после их снятия
* После контакта с биологическими жидкостями пациента или после возможного обсеменения рук

Гигиеническая обработка включает следующие этапы: мытье рук и обработка антисептиком.Обработка антисептиком проводится не менее 2 минут | Проводится перед любым хирургическим вмешательством и предполагает специальную обработку рук. Применяются те же антисептические средства, что и при гигиенической обработке. Используется определённая методика обеззараживания рук. |

Выписка из Методических рекомендаций по проведению медицинского ухода за пациентом, утвержденных Министром здравоохранения 01.08 .99, раздел 1.Инфекционная безопасность.

**Этапы обработки перчаток (стерильных)**

*1-й этап:* перед снятием перчаток погрузить руки на несколько минут в емкость с дезраствором.

*2-й этап:* снять перчатки, вывернув их наизнанку. Погрузить в дезинфицирующий раствор на необходимое время экспозиции.

*3-й этап:* вымыть перчатки в моющем растворе, очищая внутреннюю и наружную поверхности.

*4-й этап:* прополоскать перчатки в чистой воде, пока моющее средство не смыто.

*5-й этап:* проверить перчатки на наличие дыр, надув вручную и подержав под водой (если в перчатках есть отверстие, то появятся воздушные пузырьки).

*6-й этап:* высушить перчатки с внутренней и внешней сторон перед стерилизацией.

*7-й этап:* перед стерилизацией перчаток внутри и снаружи пересыпать тальком для предохранения их от склеивания. Между перчатками проложить марлю. Каждую пару перчаток завернуть отдельно и в таком виде поместить в бикс.

*8-й этап:* стерилизация в паровом стерилизаторе, режим 120 °С, 45 минут.

**Этапы обработки перчаток (смотровых)**

*1-й этап:* перед снятием перчаток погрузить руки на несколько минут в емкость с дезраствором.

*2-й этап:* снять перчатки, вывернув их наизнанку. Погрузить в дезинфицирующий раствор на необходимое время экспозиции.

*3-й этап:* проверить перчатки на наличие дыр, надув их вручную и подержав под водой (если в перчатках есть отверстие, то появятся воздушные пузырьки).

*4-й этап:* высушить перчатки с внутренней и внешней сторон.

1. Выполнение этапов 1 и 2 гарантирует, что обе стороны перчатки будут деконтаминированы.

2. Остатки моющего средства на перчатках могут нарушить дальнейшую стерилизацию.

3. Перчатки, остающиеся мокрыми в течение долгого времени, абсорбируют воду и становятся липкими.

4. Сразу же после автоклавирования перчатки крайне хрупкие и легко рвутся. Их не следует использовать в течение 24–48 часов, чтобы восстановилась эластичность и не возникла липкость.

Работа медико-профилактических учреждению любого профиля регламентируется целым рядом нормативных и законодательных актов. Все эти документы имеют свое назначение и обязательны для исполнения всеми медицинскими работниками. Большая часть этих документов направлена на соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима в ЛПУ. Приступая к выполнению своих профессиональных обязанностей, каждый медицинский работник должен знать не только свои права, но и обязанности, в том числе и по соблюдению инфекционной безопасности. Вам будут представлены краткие комментарии к основным документам законодательного характера, которые касаются именно требований СЭР медицинских учреждений.

**Перечень действующих нормативно-правовых документов:**

1. ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 года.
2. ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 года.
3. ФЗ РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09. 1998 года.
4. ФЗ РФ «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 8.08.2001 года.
5. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий».
6. СП 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ».
7. Приказ №90 от 14.03.1996 года «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии».
8. СП 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов, других лечебных стационаров».
9. Отраслевой стандарт 42-21-2-85, определяющий методы, средства и режимы дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения.
10. Методические рекомендации по повышению надежности стерилизационных мероприятий в ЛПУ по системе «Чистый инструмент» - 1994 год.
11. Приказ №916 от 04.08.1983 года «Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц».
12. Приказ №720 от 31.07.1978 года «Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усиление мероприятий по борьбе с ВБИ».
13. Приказ № 345 от 21.11.1997 года «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».
14. СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемическому надзору за вирусными гепатитами».
15. СП 3.1.1. 2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В» от 28.02.2008 года.
16. Приказ №254 от 03.09.1991 года «О развитии дезинфекционного дела в стране».
17. Приказ №320 от 5.03.1987 года «О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
18. №170 от 1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфекции в РФ»
19. СП 2.1.3. 2630 от 18.05. 2010 года «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» - самый основной акт на современном этапе.
20. В Ставропольском крае действуют методические рекомендации «Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов у медицинского персонала ЛПУ» от 21.06.01 г.

На смену данным приказам пришел новый СанПин 2.1.3. 2630, который утвержден 18 мая 2010 года и называется «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». В нем есть существенные дополнения и поправки к существующим приказам, с учетом современных требований к качеству медицинского обслуживания.

**ОСНОВНЫЕ ВЫДЕРЖКИ:**

***Для стационаров хирургического профиля***

* Рекомендуется применять комбинированные технологии очистки воздуха;
* Не допускается использование одной и той же пары перчаток при переходе от одного пациента к другому;
* После снятия перчаток или их смене необходимо проводить гигиеническую обработку рук медперсонала;
* Медицинский персонал должен быть в достаточной мере обеспечен средствами для обработки рук и уходом за кожей рук;
* Для мытья рук использовать дозаторы;
* Стандарты всех манипуляций должны содержать перечень рекомендуемых средств для обработки рук;
* Для санитарной обработки кожи пациентов использовать антисептики, не содержащие спирты и обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами;
* Санитарную обработку проводить накануне оперативного вмешательства.

**I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность**

**1. Общие положения и область применения**

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее-санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность (далее - ООМД).

1.2. Санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации. Проектирование, строительство, реконструкция, капитальный ремонт, перепланировка, эксплуатация объектов здравоохранения осуществляются в соответствии с настоящими правилами.

1.3. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

1.4. Надзор за выполнением настоящих правил проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.5. Ответственность за соблюдение требований настоящих правил возлагается на индивидуальных предпринимателей, юридических и должностных лиц.

1.6. Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии, должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

1.7. Администрация ООМД обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами.

**2.Требования к размещению и территории лечебно-профилактических организаций**

2.1. ЛПО располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зонах на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам. Отвод земельного участка подлежит согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с оформлением санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии участка санитарным правилам и нормативам.

2.2. Стационары психиатрического, инфекционного, в том числе туберкулезного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек желательно размещать в пригородной или зеленой зонах.

2.3. На участке ЛПО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. На территории ЛПО или в непосредственной близости от неё целесообразно предусматривать гостиницы или пансионаты для проживания пациентов, прибывших на амбулаторное обследование и/или сопровождающих лиц.

2.4. На участке размещения ЛПО почва по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, радиационному фактору должна соответствовать гигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе, уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должны превышать гигиенические нормативы.

2.5. Через территорию ЛПО не должны проходить транзитные инженерные и транспортные коммуникации**.**

2.6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические ЛПО мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневными стационарами.

2.7. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение ЛПО, оказывающих помощь инфекционным (в том числе туберкулезным больным), за исключением амбулаторно-поликлинического консультативного приема дерматолога.

2.8. ЛПО для оказания помощи лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью не допускается размещать в жилых зданиях.

2.9. В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускается размещать микробиологические лаборатории (отделения), отделения магнитно-резонансной томографии.

**8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию.**

8.1. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в четырех - коечных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2 - 3-коечных палатах должно быть не менее 1,2 м.
Расстояние между сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатах восстановительного лечения - не менее 1,2 м.
В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкаф для хранения личных вещей пациентов.

8.2. Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать и свободный доступ к пациенту и доступность для уборки, эксплуатации и обслуживания.

8.3.Рабочие места персонала должны быть устроены с учетом эргономических требований.

8.4.Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условий размещения, и используемое в ходе приема врача, может быть установлено непосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинете терапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога).

8.5. Каждое отделение должно быть оснащено средствами малой механизации (каталками, креслами-каталками, тележками для лекарств, белья, пищи, отходов) в необходимом количестве в зависимости от коечной вместимости и профиля отделения.

8.6.Кладовые для хранения белья оборудуются полками с гигиеническим покрытием, доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуются стеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а при необходимости - приемными люками, пандусами или подъемными механизмами.

8.7.Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.8.В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

**9. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий**

9.1.В целях профилактики возникновении и распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который, утверждается руководителем организации.

9.2.План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

9.3.Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

9.4. При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе подлежат профилактическому обследованию на: туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года) маркеры гепатитов В и С, сифилис (в случае оперативного лечения); дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров); кишечные инфекции (пациенты детских стационаров до 2 лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течении 2 недель до госпитализации)
Дети, поступающие на стационарное лечение должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течении 21 дня до госпитализации.

9.5.Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством, лица, ответственного за работу по профилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/ заместитель по медицинской части).

**10.Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля**

10.1. Приемные отделения стационаров.

10.1.1.Эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, кабинеты врачей и прочие).

10.1.2. Приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении проводится взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций. Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатов исследования.

10.1.3. В инфекционных стационарах (отделениях) для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в отделении: до 60 коек - 2 бокса; 60 - 100 коек - 3 бокса; свыше 100 коек - 3% от числа коек.

10.1.4. В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5%, а количество приемно-смотровых боксов - 2% от числа коек терапевтического профиля и 4% от числа коек хирургического профиля.

**10.3. Палатные отделения хирургического профиля**

10.3.1.Пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату.

10.3.2.В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.

10.3.3.Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты.

При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила: при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе; предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента; перевязка пациента проводится в палате; при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком; после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха; после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

10.4. Особенности размещения и устройства операционных блоков, операционных.

10.4.1.Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционные для неотложной хирургии могут размещаться в составе приемных отделений. При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

10.4.2.В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную. Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока "красной чертой".

10.4.3.Вход персонала других отделений за "красную черту" запрещен. При необходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

10.4.4.В операционные блоки предусматриваются раздельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациенты доставляются через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора оперблока.

10.4.5.Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

10.4.6.В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

10.4.7.Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

10.4.8.Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводу постоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран/полостей).

10.4.9.В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

**10.6 Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры**

10.6.1.Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения.

10.6.2. В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.

10.6.3.Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

10.6.4. Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 материнских коек. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным.

10.6.5.В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток.

10.6.6.В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений обсервационного приема.

**11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря**

11.1.Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Администрация ЛПО организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно -гигиенического режима и технологии уборки.

11.2.Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

11.3.Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

* для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
* для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
* для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

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

11.4.При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

11.5.Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки мопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

11.6.Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

11.7.Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

11.8.Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю. В день проведения генеральной уборки в оперблоке, плановые операции не проводятся.

Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

11.9.При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

11.10.Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно для кабинетов, коридоров, санузлов. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

11.11.Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

11.12.Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств. С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии: воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам; воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок; применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.

11.13. Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки в ООМД должен соблюдать настоящие правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в ЛПО, определены пунктом 15 главы I настоящих правил.

11.14. Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должно проводиться незамедлительно.

11.15. Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

11.16.В стационарах и поликлиниках предусматриваются центральные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в том числе встроенных. Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха.

11.17. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

11.18. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

11.19. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

11.20. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев чехлов, из материала, допускающего влажную дезинфекцию камерная обработка не требуется. Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента. В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

11.21. В строящихся и реконструируемых ЛПО рекомендуется устройство пунктов обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

11.22 В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено. В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений (в том числе технических) от ремонтируемых. При ремонте пищеблоков питание пациентов и персонала обеспечиваются другими организациями общественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.

11.23.В ООМД не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами специализированными организациями.

11.24.Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в ООМД осуществляются в соответствии с санитарными правилами по обращению с медицинскими отходами.

11.25. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (через каждые 50 м) должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

11.26.ООМД должна быть обеспечена необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележеки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокалываемые и другое оборудование).

12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов.

12.1.В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов). В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.

12.2. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – только стерильные тканевые.

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

12.4. Гигиеническая обработка рук.

12.4.1 Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

* перед непосредственным контактом с пациентом;
* после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
* после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
* перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
* после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.
* после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами,
* после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

12.4.2.Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:
гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов; обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

12.4.3.Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

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

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

12.4.6.Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

12.4.7 .Использование перчаток.

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

12.4.7.2.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.

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

12.6.Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук при выполнении соответствующих манипуляций.

12.7.Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рук медицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала с целью повышения качества медицинской помощи.

12.8. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т. п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обес­печения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100—200 мл) с кожным антисептиком.

12.9 Обеззараживание кожных покровов пациентов

12.9.1.Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

12.9.2.Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов – только стерильные.

12.9.3.Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

12.9.4.Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови.

12.9.5.Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.9.6.Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

**13. Требования к правилам личной гигиены пациентов**

13.1. При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижаму/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных санитарными правилами.

13.2.В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

13.3.Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

13.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4-5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.
Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

13.5.В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.

13.6.При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

**14. Требования к организации питания пациентов**

14.1.Пищеблок ЛПО следует размещать в отдельно стоящем здании, которое может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование и оснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

14.2.Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать санитарным правилам

14.3.Состав и планировка помещений пищеблоков ЛПО должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд в соответствии с требованиями к общественному питанию.

14.4.Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

14.5.Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам и сопровождаться документами, удостоверяющими их качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности (хранения) продукции. Для контроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

14.6.Продукты следует хранить по видам продукции: сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия и др.); хлеб; мясные, рыбные; молочно-жировые; гастрономические; овощи и фрукты. Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям санитарных правил.

14.7.В холодильных камерах/холодильниках должны строго соблюдаться правила товарного соседства. Сырые и готовые продукты следует хранить отдельно. В небольших учреждениях, имеющих одну холодильную камеру, а также в камере суточного запаса продуктов, допускается их совместное кратковременное хранение с соблюдением условий товарного соседства (на отдельных полках, стеллажах).

14.8.В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений среди пациентов, связанных с употреблением недоброкачественной пищи: не допускается принимать: продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих их качество и безопасность; продовольственное сырье и пищевые продукты с истекшими сроками годности, признаками порчи и загрязнения; подмоченные продукты в мягкой таре (мука, крупа, сахар и другие продукты.); крупу, муку, сухофрукты, продукты зараженные амбарными вредителями, а также загрязненными механическими примесями; овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили; мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства; мясо и яйца водоплавающей птицы (утки, гуси); непотрошеную птицу; кровяные и ливерные колбасы; яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам; консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток. Не используются: фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко "самоквас"; консервированные продукты домашнего приготовления. Не изготавливаются на пищеблоке ЛПО: сырковая масса, творог; макароны с мясным фаршем ("по-флотски"), блинчики с мясом, студни, зельцы, окрошка, заливные блюда (мясные и рыбные); яичница-глазунья; кремы, кондитерские изделия с кремом; изделия во фритюре, паштеты.

14.9.При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на одного больного.
Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания. При разработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет.

14.10.Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами для предприятий общественного питания. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

14.11.Промывка гарниров, приготовленных из макаронных изделий и риса, не допускается.

14.12.Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

14.13.Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценку органолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссия ЛПО, назначенная администрацией. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции. Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

14.14.В целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи на пищеблоках ЛПО отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд. Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции). Суточные пробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте/ холодильнике при температуре +2 - +6°С.
Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением в течение 5 минут.

14.15.Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения ЛПО используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.

14.16.При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента приготовления.

14.17. В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и хранения посуды для транспортировки пищи и тележек из отделений. При отсутствии данного помещения допускается мытье и хранение посуды для транспортировки в моечных буфетных отделений. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны необходимых размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

14.18.Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющий санитарный паспорт.

14.19.В существующих ЛПО в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделениях) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

14.20.Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в установленном порядке. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

14.2.1.В буфетных отделений должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м2) и для мытья посуды (не менее 6 м2). В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается не менее 2 моечных ванн с подводкой к ним холодной и горячей моды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны). В случае отсутствия условий для мытья транспортной посуды на пищеблоке устанавливается дополнительная ванна соответствующих размеров в моечной буфетной. При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

14.22.Обработка посуды проводится в следующей последовательности:
механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами, ополаскивание горячей водой - во второй мойке и просушивание посуды на специальных полках или решетках;

14.23.Дезинфекция (обеззараживание) посуды проводится в инфекционных больницах (отделениях), и по эпидемиологическим показаниям химическим (растворы дезинфицирующих средств в том числе в моечной машине) или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.), а также обеззараживание остатков пищи от больного по режимам для соответствующих инфекций.

14.24.Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют (при химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

14.25.После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

14.26.Не допускается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

14.27.Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

14.28.В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных для передачи продуктов (с указанием их предельного количества).

14.29. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

14.30.В строящихся и реконструируемых ЛПО возможна организация индивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала («таблет-питание») – система, при которой на раздаточной линии пищеблока для каждого пациента (сотрудника) комплектуется индивидуальный поднос с крышкой, с набором порционных блюд. Доставка питания в отделения осуществляется в специальных термо-контейнерах - тележках. Использованная посуда помещается в отдельные отсеки этих же тележек и доставляется на пищеблок. При применении технологии системы "таблет-питания" в палатных отделениях могут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из одного помещения, которое оборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды (в случае проведения противоэпидемических мероприятий), бытовым холодильником, СВЧ-печью, электрическими чайниками. Мытье посуды осуществляется централизованно на пищеблоке, при этом выделяются отдельные моечные для обработки кухонной посуды, столовой посуды пациентов и столовой посуды персонала, организуется также помещение для обработки тележек системы "таблет-питания". Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.

14.31.В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до одного года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских смесей.

14.32.В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов (не более 4 часов) без организации горячего питания предусматриваются комнаты подогрева пищи (с умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи). Допускается использование одноразовой посуды.

14.33.Требования настоящего раздела распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала ЛПО.

**15. Требования к условиям труда медицинского персонала**

15.1. Персонал ООМД должен проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Периодические медицинские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензию на данные виды деятельности. Профилактическая иммунизация персонала проводится в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок.

15.2. На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а так же шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены в приложениях.

15.3.Условия труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования должны соответствовать гигиеническим требованиям.

15.4.При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования действующих санитарных правил.

15.5.Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установках должны соответствовать требованиям действующих санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров.

15.6. Не допускается использование медицинского оборудования, в том числе наркозного, являющегося источником выделения вредных веществ без отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров.

15.7. Работа с вредными химическими веществами (цитостатики, психотропные средства, химические реактивы) в процедурных, аэрозольно- ингаляционных кабинетах, лаборантских, зуботехнических лабораториях и других аналогичных помещениях предусматривается при условии использования местных вытяжные устройств.

15.8.Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих ООМД в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции следует предусматривать устройство обеззараживания воздуха рециркуляционного типа.

15.9. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

15.10.Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

15.11. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом.

15.11.1. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

15.11.2.Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м2на 1 вешалку (крючок) гардеробной.

15.11.3.Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 м2 на 1 шкаф.

15.11.4. Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины.

15.12. В составе подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. Один санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не более 15 чел.

15.13.В ЛПО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала.

15.14.В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

15.15.Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего. В оперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканого материала.

15.16. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизовано и раздельно от белья больных.

15.17.Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

15.18. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное. На рабочем месте запрещено принимать пищу. Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

15.19.Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

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

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

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

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

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

15.19.6. По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ инфекции в соответствии с приложением 12.

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

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

**II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность**

**1. Общие положения**

1.1.В целях профилактики внутрибольничных инфекций (далее – ВБИ) в лечебно-профилактической организации (далее – ЛПО) осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения. Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель ООМД, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами.

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

1.3.Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов: для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами); для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования; для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В. Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

1.4. Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:

плановой; по эпидемиологическим показаниям; по санитарно-гигиеническим показаниям.

1.4.1.Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в ЛПО при отсутствии в них ВБИ, когда источник возбудителя не выявлен и возбудитель не выделен, с целью: уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов; предупреждения распространения микроорганизмов через изделия медицинского назначения, руки и кожные покровы медицинского персонала и больных; освобождения помещений ЛПО и окружающей территории от членистоногих и грызунов. При плановой профилактической дезинфекции в ЛПО проводится: обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других; обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, после их использования у пациента; дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целости тканей, то есть при «нестерильных» эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов; гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов; обработка операционного и инъекционного полей; полная или частичная санитарная обработка кожных покровов; обеззараживание медицинских отходов классов Б и В; дезинсекция, обеспечивающая освобождение или снижение численности членистоногих в помещении и на окружающей территории; дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение их численности на окружающей территории.

1.4.2.Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью не допустить распространения возбудителей ВБИ и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат). Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с учетом эпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, дезинсекции, дератизации).

1.4.3.Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии по методике проведения генеральных уборок. Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже одного раза в месяц; операционных блоков, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных – один раз в неделю. При генеральной уборке режимы применения дезинфицирующих средств определяются с учетом профиля стационара и микробной контаминации объектов.

1.5. Очаговая дезинфекция проводится при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических организациях любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя. Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) с их выделениями и через объекты, имевшие контакт с больными в стационаре (отделении) и за его пределами. При очаговой дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала; дезинсекция и дератизация. Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции.

1.5.1. Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у больного внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар). В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: изделий медицинского назначения, предметов ухода, посуды, белья, поверхностей в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В, дезинсекция и дератизация. При текущей дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала, инъекционного поля.

1.5.2.Заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре. В ходе заключительной очаговой дезинфекции: обеззараживаются поверхности помещений, в которых находился больной и места общего пользования; поверхности оборудования и приборов; изделия медицинского назначения; предметы ухода за больным, медицинские отходы; обеззараживаются в дезинфекционных камерах постельные принадлежности, нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской; обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного; проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской; проводится дезинсекция и дератизация.

1.6.Мероприятия по дезинфекции водных систем ЛПО (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха и др.) проводятся с целью профилактики распространения легионеллезной инфекции. Микробиологический мониторинг на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год для централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, систем горячего и холодного водоснабжения и ежеквартально для бассейнов.

1.7.При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях и амбулаторно-поликлинических организациях используются стерильные изделия медицинского назначения, которые после использования подвергаются при профилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделия многократного применения - также предстерилизационной очистке и стерилизации. Предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся в централизованных стерилизационных отделениях (далее – ЦСО), а при их отсутствии в отделениях ЛПО систематически во всех случаях при подготовке изделий к предстоящим медицинским манипуляциям, при которых эти изделия будут соприкасаться с кровью, раневой поверхностью, инъекционными препаратами или при которых имеется риск повреждения слизистых оболочек.

1.7.1.Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельного процесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней. Её цель – удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в том числе остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

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

1.8. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации используются химические, физические средства, оборудование, аппаратура и материалы, разрешенные к применению в ЛПО в установленном в Российской Федерации порядке, не оказывающие неблагоприятного воздействия на человека.
При выборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, применяемых в организации, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий. Для проведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больных применяются малоопасные дезинфекционные средства (IV класса опасности).

1.9.В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией (последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант из другой химической группы) при необходимости.

1.10.В ООМД должен быть не менее чем месячный запас разнообразных дезинфицирующих средств (ДС) различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

1.11.Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия дезинфицирующего средства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.

1.12.Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям, в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

**2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения**

2.1.Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

2.2.Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

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

2.4.ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и изделиями медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.

2.5.Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

2.6.Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное, с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза); в микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов родаТрихофитон. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

2.7. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

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

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

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

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

2.12.Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию)способами. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

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

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

2.15.Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

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

2.17.Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

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

2.19.Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют, для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действием. Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими. При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

2.20.Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.

2.21.Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

2.22.В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

2.23.Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

2.24.При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно. При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

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

2.26.Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях: при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химическихсредств; при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах. Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

2.27.При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

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

2.29.Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

2.30. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.31.При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

2.32.Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

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

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

2.35.Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности. Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами. Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.

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

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

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

**3. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий**

3.1. В целях защиты пациентов и персонала от внутрибольничной инфекции организуется и проводится производственный контроль соблюдения требований настоящих санитарных правил в лечебно-профилактических организациях при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.

3.2. Производственный контроль включает:наличие в организации официально изданных санитарно-эпиде­миологических правил и нормативов;

назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственного контроля; организацию лабораторно-инструментальных исследований; контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность и безвредность продукции, работ и услуг; визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

3.2.1.Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела плана производственного контроля ЛПО, включающего программу лабораторно-инструментального контроля. План производственного контроля разрабатывает лицо, ответственное за организацию и проведение производственного контроля, а утверждает руководитель лечебно-профилактической организации.

3.2.2.Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, представляет отчет руководителю организации (индивидуальному предпринимателю) об исполнении плана для принятия соответствующих организационных мер.

3.2.3.Юридические лица и индивидуальные предприниматели являются ответственными за своевременность, полноту и достоверность осуществляемого производственного контроля.

3.3.Материально-техническое обеспечение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий определяется санитарными требованиями к помещению и прилегающей к нему территории, профилем организации, видами и количеством проводимых медицинских манипуляций.

3.4.Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ЛПО являются:

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

показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы; отсутствие в помещениях ЛПО грызунов, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения;

отсутствие в помещениях ЛПО членистоногих, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.

**III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля**

**1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.**

1.1.Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

1.2.В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебных организациях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

1.3. Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в лечебной организации является руководитель данной организации.

1.4. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе) и/или помощник врача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее – врач-эпидемиолог). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя лечебной организации.

1.5. С целью контроля внутрибольничных инфекций в лечебной организации создается комиссия по профилактике ВБИ, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы лечебной организации. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для каждой конкретной лечебной организации.

1.6. В состав комиссии входят: председатель – заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии – один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, главная медицинская сестра, врач-хирург (заведующий одним из хирургических отделений), врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий реанимационным отделением), врач-бактериолог (заведующий лабораторией), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.7. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации, координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.8. Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит сотрудник лечебной организации (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе, врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующий отделением, старшая медицинская сестра и другие) в зависимости от функциональных обязанностей, утвержденных в данной лечебной организации.

1.9. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога. В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год. Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.
Медицинские работники проходят следующие обследования:

* рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – 1 раз в год);
* исследование крови на гепатит С (в дальнейшем – 1 раз в год);
* исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем – 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
* исследование крови на сифилис (в дальнейшем – по показаниям);
* исследование мазков на гонорею (в дальнейшем – по показаниям);
* исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем – 1 раз в год).

Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.
В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

1.10. К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, а также лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.

1.11.Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка не проводят. Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

1.12.Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита B в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. Один раз в 10 лет персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка. В связи с задачей ликвидации кори в стране проводится дополнительная иммунизация лиц до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.

1.13.В хирургических стационарах (отделениях) должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).

1.14.Весь персонал должен проходить ежегодное диспансерное наблюдение для своевременного выявления заболеваний и проведения соответствующих лечебных мероприятий.

1.15.Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

**2. Эпидемиологический надзор**

2.1.Эпидемиологический надзор за ВБИ в хирургических стационарах (отделениях) предусматривает:выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных; анализ заболеваемости ВБИ у пациентов; выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов; характеристику лечебно-диагностического процесса (данные охирургических и других инвазивных манипуляциях); данные об антибиотикопрофилактике и терапии; микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим); выявление, учет и регистрацию ВБИ у медицинского персонала; анализ заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала; оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

2.2. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими отделениями: организует контроль за выявлением ВБИ и оперативный (ежедневный) учет внутрибольничных инфекций; организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений) о случаях инфекционных заболеваний среди пациентов, расследует причины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер; разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики; контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

2.3.Учет и регистрация ВБИ осуществляются в установленном порядке.

2.4.Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10).

2.6.К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до года.

2.7.Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

2.9. О каждом случае ВБИ у оперированных больных лечебная организация информирует органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

2.10.Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебных организациях. Все эти лечебные организации должны оперативно сообщать в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ у оперированного пациента.

2.11.Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа.

2.12.С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собирать информацию о всех прооперированных пациентах, вне зависимости от наличия или отсутствия у них ВБИ в послеоперационном периоде. Минимальный набор данных о всех пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в пункте 2.8.

2.13.Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора: результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора, при проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.

2.14.Возникновение или подозрение на ВБИ у пациента и персонала является показанием к проведению микробиологических исследований.

2.15.Забор материала следует проводить непосредственно из патологического очага до начала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойных процессов.

2.16.Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

2.17.При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и другом целесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

2.18.К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

2.19.Микробиологическая служба представляет лечащему врачу и эпидемиологу информацию для дальнейшего анализа:

количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения; количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы (отдельно по каждому из видов); количество выделенных микробных ассоциаций; количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков; чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам.

2.20.Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентные стафилококки, энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.21.При расследовании вспышек для успешного выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.

2.22.Лабораторное исследование объектов окружающей среды в лечебной организации проводят в соответствии с санитарными правилами по организации и проведению производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по разработанному плану производственного контроля, обращая особое внимание на контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

2.23.Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды кроме тех, которые предусмотрены пунктами 2.21, 2.22 не проводятся.

2.24. Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в стационаре (отделении) хирургического профиля и разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.25.Оперативный и ретроспективный анализ предусматривает изучение заболеваемости ВБИ по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ВБИ.

2.26.Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневного учета по первичным диагнозам.

2.27.В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости их коррекции.

2.29.Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи. О возникновении групповых заболеваний лечебная организация, в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.30. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ предусматривает: анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения; анализ годового, помесячного уровней заболеваемости; сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям; изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии; анализ оперативных вмешательств; распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки); анализ данных о формировании госпитальных штаммов; определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ВБИ; анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ВБИ.

2.32.Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционных заболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, длительности операции, тяжести состояния пациента. Не рекомендуется сравнение абсолютного количества ВБИ, а также интенсивных показателей, рассчитанных на 100 операций без учета факторов риска.

2.33.Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в заносе в лечебную организацию и распространении ВБИ.

2.34.В зависимости от степени контаминации раны во время операции выделяют:чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления); условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения); загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта); грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции). 2.35.Риск развития ВБИ для чистых ран составляет 1—5 %, для условно чистых – 3—11 %, для загрязненных – 10—17 % и для грязных – более 25—27 %.

2.36.Помимо интенсивных показателей заболеваемости рассчитывают показатели, позволяющие определить действие ряда факторов риска (стратифицированные показатели), – частоту инфекций: нижних дыхательных путей на 1 000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких и структуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ); кровотока на 1 000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов); мочевыводящих путей на 1 000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

**3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций**

3.1.Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.

3.2.Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

3.3.Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

3.4.При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке, предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условиях с проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) без повторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ВБИ.

3.5.Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

3.6.Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации.

3.7.Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуются отделения дневного пребывания больных (далее – ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровом отделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.

3.8.В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3.9.Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе с любым пациентом.

3.10.Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводится гигиеническая обработка рук.

3.11.Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов в соответствии с правилами, изложенными в главе I.

3.12.При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.

3.13.Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокалываемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры.

3.15.Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.

3.16. Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

3.17.Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

3.18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

3.19.Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение); по жизненным показаниям из-за оперативного вмешательства – изоляции в отдельную палату.

3.20.Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами.

3.21.Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе; предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента; перевязка пациентов проводится в палате; при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком; после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха; после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

3.22.При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

3.23.Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

3.24.Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиям СЭР.

3.25.При нарушении целости перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями: снять перчатки; вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки полотенцем однократного использования; обработать кожным антисептиком дважды.

3.26.Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами.

3.27.При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целости кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

3.28.Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

3.29.Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

3.30.Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями по применению конкретного средства.

3.31.Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

3.32.Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3.33.Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.

3.34.Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

3.35.Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно раздельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время.

3.36.Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами по обеззараживанию кожных покровов.

3.37.Профилактическое назначение антибиотиков является одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

3.38.При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так и возможный риск, исходя прежде всего:

из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;

из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции, из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

3.39.При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.40.Антибиотики для профилактики ВБИ в большинстве случаев следует применять в тех же дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).

3.41.Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы (внутримышечное введение, местное применение – в рану) уступают по своей эффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточно эффективно.

3.42.Антибиотики для профилактики ВБИ следует вводить до (в крайнем случае во время) операции; с учетом периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ, – не ранее 2 ч до операции, в идеале – за 15—20 мин до разреза.

3.43. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

3.44.В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях

**6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия**

6.1.В целях профилактики и борьбы с ВБИ систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ВБИ – текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями глав I и II.

6.2.В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией при необходимости.

6.3.Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

6.4.Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I,II настоящих правил.

6.5.В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде. Категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

6.6.При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Рекомендуется использование тепловлагообменников. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

6.7.Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений хирургического стационара осуществляется в соответствии с главой I настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.8.При проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекции при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и другого дезинфицируют способом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение готовых форм ДС, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами ДС, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

6.9.Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре ВБИ - по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

6.10.Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

6.11.Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

6.12.При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

6.13.Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

6.14.При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом орошения с помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м2.

6.15.Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей; необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем согласно действующим нормам;

воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствии людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок; воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствии людей при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок; применение антимикробных фильтров. Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных ДС и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенных для обеззараживания воздуха в помещениях.

6.16.Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. – способом погружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использо­вание моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

6.17. Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обра­батывают в соответствии с I Главой настоящих правил. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

6.18.Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодежды медицинского персонала и др.) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки № 10 (90 °С) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.

6.19.После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором ДС способом протирания. Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

6.20.Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократного применения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

**IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)**

1.1.В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.2. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении является руководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).

1.3Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе.

1.4.С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения.

1.5.В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6.Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно - противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

1.7.При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям. Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования: рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – один раз в год); исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год); исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации; исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год). исследования крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год); исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год). Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии у медицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

1.8.Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

1.9.Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.

1.10.Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний к работе не допускается.

1.11.Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

1.12.Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

**2. Организация противоэпидемического режима**

2.1.В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2. Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1.Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1 – 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

2.2.2.Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).

2.3.Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.4.Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, осуществляющими Государственный санитарный надзор.

2.5.В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.6.После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.7.Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3 - 4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины.

2.8.После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.9.Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.10.Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.11.Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.12.Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.13.Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в приложении 14.

2.14.Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.15.Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов); соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами; свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах; убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией; выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение; при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику в соответствии с приложением 12. Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.

**4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий**

4.1.С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятся дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиями глав I и II.

4.2.В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:изделия медицинского назначения; руки персонала; кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов; предметы ухода за больными; кувезы (инкубаторы); воздух в помещениях; выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.); постельные принадлежности; поверхности предметов и оборудования;

медицинские отходы и др.

4.3. Дезинфекция кувезов (инкубаторов).

4.3.1.Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

4.3.2.Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

4.3.3.Дезинфекцию наружных поверхностей кувезовс целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

4.3.4.Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

4.3.5.Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

4.3.6.Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

4.3.7.Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

4.3.8.После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.
Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

**4.4. Дезинфекция объектов больничной среды.**

4.4.1.В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки.

4.4.2.При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

4.4.3.Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ – по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

4.4.4.Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

4.4.5.Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

4.4.6. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

4.4.7.При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способами протирания или орошения (с помощью распылителей, гидропульта и других распыливающих устройств).

4.4.8.Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.

4.4.9. Воздух в помещениях обеззараживают:

фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;

ультрафиолетовым облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такой способ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и проведении генеральных уборок;

озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной.

4.4.10.Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы, тазики эмалированные и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

4.4.11. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

4.4.12. Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии с действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

4.4.13.Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала)осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

**5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями**

5.1.Общие положения.

5.1.1.Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпидемиологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии - заместителем главного врача по лечебной работе).

5.1.2. Контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.3.Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

выявление, учет и регистрацию ВБИ;

анализ заболеваемости новорожденных и родильниц;

анализ летальных исходов;

анализ заболеваемости медицинского персонала;

микробиологический мониторинг;

выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;

определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки;

оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации.

5.1.4.На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

**5.2.Выявление и учет внутрибольничных инфекций.**

5.2.1.Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

5.2.2.Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

5.2.3.Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

5.2.4.Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога.

5.2.5.Учёт и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и пр. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и/или родильницы в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2.6.Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

5.2.7.Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний; получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований; расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер.

5.2.8.Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (приложение 15). Учёт и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных «классическими» микроорганизмами проводят согласно требованиям соответствующих нормативных документов.

**5.3.Эпидемиологический анализ заболеваемости.**

5.3.1.Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

5.3.2.Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

5.3.4.Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

5.3.6.Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

5.3.7.Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ.

5.3.8.Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

**5.4. Микробиологический мониторинг.**

5.4.1.Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий – по договорам с аккредитованными организациями).

5.4.2.При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения. Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов новорожденных и родильниц.

5.4.3.Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям. В плановом порядке проводят: исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления; детские питательные смеси и растворы для питья; контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, В и С; контроль качества текущей дезинфекции (кувезы, предметы и изделия медицинского назначения, подготовленные к использованию у пациентов); выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала. Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раз в 6 месяцев.
По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

5.4.4.При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорожденных и родильниц необходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные во время пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детской поликлиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургических отделений. Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 часов передаются в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерских стационаров.

5.4.5.Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

5.4.6.Для выявления госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ - необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

**5.5. Выявление групп и факторов риска**

5.5.1.Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины: с хориоамнионитом в родах; с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями; с иммунодефицитными состояниями;

с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами; с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.); после оперативного родоразрешения (кесарево сечения); с кровотечениями в послеродовом периоде.

5.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

недоношенные; переношенные; родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности; после оперативного родоразрешения; с врожденными аномалиями развития; с родовой травмой;

с синдромом дыхательных расстройств; с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах; при проведении искусственной вентиляции легких; родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

5.5.3.К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

5.5.4. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.6.Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

5.6.1.Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

5.6.2.К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие: факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня); увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

появление генерализованных форм; увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных; увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.); смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с выделенными из внутрибольничной среды; выделение преимущественно одного вида возбудителя; появление микробных ассоциаций; увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются; возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой; рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах; рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала. Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.6. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима. Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения: недостаточный состав и площадь помещений; перекрест технологических потоков; отсутствие приточно - вытяжной вентиляции. Нарушения в организации работы: перегруз стационара; аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении; нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции. Недостаточное материально - техническое оснащение: недостаток изделий медицинского назначения, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки); нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств; перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств.
Нарушения противоэпидемического режима: несоблюдение цикличности заполнения палат; несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары; повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз; нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации.

5.6.4.При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.6.5.При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

**5.7.Оценка эффективности мер борьбы и профилактики**

Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. Оцениваться может как комплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельных мероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы, испытании отдельных методик и препаратов.

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРИ ВБИ

1. Пациента временно изолировать, перевести в инфекционное отделение или изолятор (в зависимости от вида инфекционного заболевания);
2. Надеть спецодежду и средства защиты;
3. Приготовить дезинфицирующие растворы нужной концентрации;
4. Приготовить промаркированный уборочный инвентарь;
5. Обеззаразить остатки пищи и посуду;
6. Уложить в клеенчатый мешок вещи для камерной обработки;
7. Мебель отодвинуть от стен, провести заключительную дезинфекцию методом орошения или двукратного протирания с экспозицией 45 минут;
8. Обработать батареи, плинтуса, двери;
9. Мусор сложить в емкость для сбора отходов, подвергнуть дезинфекции;
10. Обработать стены и мебель;
11. Обработать пол;
12. Уложить в клеенчатый мешок спецодежду для камерной обработки, снять перчатки и погрузить их в дезраствор, вымыть руки;
13. Оформить медицинскую документацию.



ОБЩИЕ МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

1. Соблюдать правила пользования сменной рабочей одеждой и уровни мытья рук;
2. Надевать перчатки при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями, а также потенциально инфицированным материалом;
3. Мыть руки сразу после снятия перчаток;
4. Немедленно убирать пролитый или рассыпанный инфицированный материал;
5. Дезинфицировать использованный инструментарий, предметы ухода, перевязочный материал, оборудование и перчатки сразу после использования.

**УЧЕБНАЯ КАРТА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Манипуляция** | **Этапы выполнения** | **Способ выполнения** | **Вопросы самоконтроля** |
| 1. Решение ситуационных задач | Изучение теоретического материалаКонспектирование основных терминов и положенийИзучение заданий и решение задачАнализ ошибок | Индивидуальная работа | Основные термины и определенияЦели и задачи инфекционного контроляОсновные мероприятия по профилактике ВБИУровни обработки рук |
| 2. Решение контрольно-обучающих заданий | Изучение заданийРешение заданий (тесты, задачи, диктант)Анализ ошибок | Индивидуальная работа | Вопросы для самоподготовки |
| 3. Гигиенический уровень обработки рук | Изучение алгоритмаЗнакомство с оснащениемОтработка манипуляции | Работа парами, осуществление взаимоконтроля | Показания для гигиенического уровня обработки рукПроблемы |
| 4. Использование стерильных перчаток | Изучение алгоритмаОтработка манипуляции | Работа парами, осуществление взаимоконтроля | Показания для использования стерильных перчатокРежим дезинфекции перчаток |
| 5. Работа в отделении | 1. Инструктаж
2. Изучение задания
3. Работа в отделении:
* Закрепление навыка гигиенической обработки рук в реальных условиях процедурного кабинета
* Закрепление навыка использования стерильных перчаток
* Осуществление ухода за тяжелобольными
* Кормление пациентов
* Дезинфекция перчаток
* Изучить методические рекомендации по использованию кожных антисептиков
* Оформление дневников и манипуляционных тетрадей
 | Работа малыми группами | 1. Показания для социального уровня обработки рук2. Показания для гигиенического уровня обработки рук3. Показания для хирургического уровня обработки рук |

**КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **ВНЕШН.****ВИД** | **ТЕСТ** | **СИТУАЦ. ЗАДАЧА** | **ФРОНТ.****ОПРОС** | **ТЕРМ.****ДИКТАНТ** | **САМОСТ.****РАБОТА** | **ДЕЛОВАЯ ИГРА** | **ИТОГ** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

дата проведения занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРАКТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

ТЕХНИКА МЫТЬЯ РУК

**Оснащение:** вода, жидкое мыло, одноразовое полотенце или салфетка

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| 1. Рукава закатать выше локтя, снять часы, браслеты и кольца | Обеспечение эффективного удаления микроорганизмов |
| 2. Открыть кран и отрегулировать температуру и напор воды | Комфортное выполнение манипуляции, предотвращение разбрызгивания воды |
| 3. Смочить руки под струёй воды, тщательно и обильно намылить ладони, нанеся мыло из дозатора | Обеспечение эффективности манипуляции |
| 4. Энергично потереть ладони между собой, повторяя действия 5 раз | Обязательное условие |
| 5. Попеременно обработать ладонью тыльную поверхность обоих рук (правая ладонь над левой кистью и наоборот).  | Обязательное условие |
| 6. Тщательно обработать ладони со скрещенными растопыренными пальцами (пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой), повторить 5 раз, сделать «замок» | Обеспечение эффективности обработки межпальцевых промежутков и фаланг |
| 7. Потрите большие пальцы одной руки ладонями другой, выполняя вращательные движения, повтор – 5. | Обязательное условие |
| 8. Трение вращательными движениями, сжатыми в щепоть пальцами одной руки о ладонь другой, повторить 5 раз | Обработка складок ладоней |
| 9. Промыть руки под проточной водой, держа их так, чтобы запястья и кисти были выше локтей и вода стекала от чистой зоны к грязной | Обязательное условие |
| 10. Осушить руки одноразовой салфеткой | Обязательное условие |
| 11. Закрыть кран, используя локти при наличии смесителя с локтевым управлением или салфетку | Окончание манипуляции |

Для достижения гигиенического уровня проводится обработка рук антисептиком в такой же последовательности, не менее 2-х минут.

СНЯТИЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПЕРЧАТОК, ХАЛАТА, МАСКИ

Цель: предупредить распространение микроорганизмов, обеспечить инфекционную безопасность

Показания к одеванию латексных перчаток:

- возможный контакт с кровью;
- контакт с семенной жидкостью или цервикальным секретом;
- контакт со слизистыми оболочками носа, рта;
- контакт с каким-либо биологической жидкостью, независимо от наличия в ней крови;
- контакт с предметами или материалами, загрязненными кровью или другими биологическими жидкостями;
- при любом нарушении целостности кожи медсестры или пациента;
- возможный контакт с постельными принадлежностями пациента.

НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК

1. Развернуть упаковку с печатками
2. Взять правую перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались наружной поверхности перчаток
3. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку. Разомкнуть пальцы и натянуть на них перчатку, не нарушая отворота
4. Завести под отворот левой перчатки 2,3,4 и 5 пальцы правой руки так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке
5. Держать левую перчатку 2,3, и 4-м пальцами правой руки вертикально. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести в перчатку.
6. Расправить отворот на левой перчатке, затем на правой с помощью 2 и 3 пальцев, подводя их под отворот

СНЯТИЕ ПЕРЧАТОК

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснования** |
| 1. Сделать отворот на левой перчатке пальцами правой руки, касаясь только наружной стороны  | Предупреждается загрязнение кожи предплечья или рукавов халата, если перчатки покрывают нижнюю часть рукавов халата  |
| 2. Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее навыворот и держа за отворот. Держите ее в правой руке  | Предупреждается загрязнение окружающей среды  |
| 3. Взять правую перчатку левой рукой за отворот с внутренней стороны  | Предупреждается загрязнение левой руки  |
| 4. Снять перчатку с правой руки, выворачивая ее навыворот: левая перчатка оказалась в середине правой  | Предупреждается загрязнение окружающей среды, обеспечивается инфекционная безопасность  |
| 5. Положить перчатки в дезраствор.  | Предупреждается распространение микроорганизмов в окружающей среде  |

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРКИ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ

**Подготовительный этап проведения генеральной уборки** (выполняет медицинская сестра).

1. Медицинская сестра готовит кабинет к уборке, освобождает его от предметов, оборудования, инструментов, медикаментов. Столы и шкафы должны быть свободны и доступны обработке.
2. Отключаются от сети УФ-облучатели и другие электроприборы.
3. Медицинская сестра (или специальный персонал) в специально оборудованном месте готовит рабочие растворы дезинфицирующего средства.
3. Проверяется наличие уборочного инвентаря и спецодежды:
ёмкость для обработки мебели, ёмкость для обработки стен, ведро для полов, штатив для стен, штатив для полов, чистая ветошь для нанесения дезсредства на мебель и стены, салфетки для обработки УФ – облучателей, стерильная ветошь (хранится в биксе вместе со стерильным халатом для уборки),чистая ветошь для полов. чистая ветошь для вытирания досуха и полировки поверхностей (мебель, зеркало), контейнер для использованной ветоши.
2 набора спецодежды (халат, маска, шапочка, перчатки). Один из наборов спецодежды, который используется для отмывки кабинета - стерильный, в биксе, рабочий раствор дезсредства, ручной распылитель для обработки труднодоступных мест.

**Первый этап уборки**

1. Из кабинета удаляют отходы класса А и Б, использованные изделия медицинского назначения однократного применения (после их дезинфекции).
2. Наливают приготовленный рабочий раствор ДС в емкости, используемые для уборки, вносят уборочный инвентарь в кабинет.
3. Лицо, осуществляющее генеральную уборку (младший медицинский персонал или медицинская сестра), моет руки и надевает спецодежду: халат, шапочку, маску, резиновые перчатки.
4. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС на мебель и стены), смоченной дезинфекционным раствором из емкости для мебели, протирают внутренние поверхности шкафов и другой мебели.
5. Мебель (при возможности) отодвигают от стен к центру.
6. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС мебель и стены), смоченной дезинфицирующим раствором из емкости для стен, протирают стены (плавными движениями сверху вниз), окна, подоконники, радиаторы, двери. При этом уделяют особое внимание местам, прилегающим к выключателям, дверным ручкам, наличникам, крану и раковине для мытья рук. Трудно доступные места обрабатывают с помощью ручного распылителя.
7. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС для мебели и стен), смоченной дезинфекционным раствором из емкости для мебели, протирают горизонтальные поверхности мебели и оборудования, начиная с верхних. Затем переходят к обработке вертикальных поверхностей. Ветошь меняют при появлении ее видимых загрязнений.
8. Отключенные от сети УФ-облучатели протирают салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором из емкости для мебели, лампы - салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом (салфетка должна быть хорошо отжата), затем сухой салфеткой.Лампы в открытых и комбинированных облучателях протирают при каждой генеральной уборке. Внутренние поверхности закрытых облучателей и колбы ламп обрабатывают ежемесячно, если иное не предусмотрено инструкцией по эксплуатации облучателя, марлевой салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом (салфетка должна быть хорошо отжата), затем сухой салфеткой.
9. В последнюю очередь дезинфицирующим раствором из емкости для мебели обрабатывают контейнеры для сбора мусора и отходов. После их обработки ветошь сразу сбрасывают в контейнер для использованной ветоши.
10. По окончании обработки, перед тем как вылить из емкостей для мебели и для стен использованный рабочий раствор ДС, им смачивают ветошь, чтобы обработать внутреннюю и внешнюю поверхности этих емкостей. Вылив ДС, обрабатывают обе емкости.
11. Ветошь (тряпье) для уборки пола смачивают дезинфицирующим раствором из ведра для пола и протирают ею пол.
12. Использованную во время уборки ветошь сбрасывают в контейнер с ДС для сбора ветоши. Контейнер выносят в санитарную комнату.
13. Халат, шапочку, маску, снимают и помещают в мешок для грязного белья.
14. Снимают перчатки, моют руки, обрабатывают антисептиком.
15. Обработанное помещение закрывают на время проведения дезинфекции.

**Второй этап**

1. После окончания времени дезинфекции персонал моет руки, надевает чистый стерильный халат, шапочку, маску, перчатки, протирает обувь дезинфицирующим раствором.
2. Емкости для мебели и для стен, обработанные ДС, споласкивают, а затем в них наливают водопроводную воду.
3. Стерильной ветошью, смоченной водопроводной водой, отмывают все поверхности в той же последовательности, что и при нанесении дезинфицирующего раствора.
4. Внутреннюю поверхность окна, другие стеклянные поверхности, зеркало после удаления дезинфицирующего раствора следует вытереть насухо и отполировать.
5. В последнюю очередь чистой ветошью для мытья полов моется пол чистой водопроводной водой из ведра для пола.
6. По окончании генеральной уборки обеззараживают воздух. Длительность облучения воздуха в кабинете должна быть определена расчетным путем. Для открытых и комбинированных облучателей время облучения должно находиться в пределах 0,25 - 0,5 часа, закрытых облучателей - 1 - 2 часа.
7. Уборочный инвентарь, ветошь, тряпки для мытья пола обеззараживают дезинфицирующим раствором, время дезинфекции указано в инструкции по применению дезинфицирующего средства. После окончания дезинфекции уборочный инвентарь, тряпки для мытья пола прополаскивают и сушат. Ветошь направляют в стирку. Ветошь, используемую при отмывке, направляют на стерилизацию (вместе с халатом для уборки).
8. Сотрудник, проводивший уборку, снимает спецодежду, складывает в мешок, производит гигиеническую обработку рук.
9. Делает запись в журнале генеральных уборок и журнале бактерицидных ламп с четким заполнением граф.
10. При неудовлетворительных результатах посева воздуха, смывов с объектов внешней среды в перевязочных, операционных, процедурных генеральная уборка проводится вне графика с отметкой в журнале регистрации генеральных уборок.
11. Генеральная уборка перед наступлением осенне-зимнего сезона должна включать обязательное двухстороннее мытье стекол и проверку плотности закрытия рам.

**Текущая уборка помещений.**

Текущая уборка помещений проводится не реже 2 раз в день. Все поверхности предметов, мебели протираются двукратно ветошью, смоченной в дезрастворе с интервалом 15 минут. Полы моются с применением дезинфекционных средств специально выделенным для каждого помещения уборочным инвентарём (с чёткой его маркировкой).

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ СПОСОБОМ ПОЛНОГО ПОГРУЖЕНИЯ

**Оснащение:** спецодежда, использованные предметы медицинского назначения, дезинфицирующий раствор, емкость для дезинфекции, мыло и кожный антисептик для обработки рук, перчатки.

**Условие:** дезинфекция проводится сразу после использования объектов. Режим дезинфекции и концентрация раствора зависит от клинической ситуации.

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **Подготовка к процедуре** |
| 1. Надеть защитную спецодежду: халат, непромокаемый фартук, маску.
 | Соблюдение требований инфекционной безопасности |
| 1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки
 | Соблюдение требований инфекционной безопасности |
| 1. Подготовить емкость для дезинфекции с плотно прилегающей крышкой и маркировкой, сверить название и концентрацию раствора
 | Соблюдение требований к хранению, приготовлению и применению дезинфицирующих растворов |
| 1. Залить в емкость раствор нужной концентрации (приготовить согласно методическим указаниям). Указать на бирке емкости название, концентрацию приготовленного раствора, дату и время приготовления, фамилию исполнителя.
 | Контроль качества приготовленного раствора и выполнение требований и регламентирующих приказов |
| **Выполнение процедуры** |
| 1. Погрузить предмет в дезраствор сразу после использования так, чтобы уровень жидкости находился на 5-10 см выше
 | Полное погружение обеспечивает максимальный контакт предмета с раствором |
| 1. Экспозиция предмета согласно регламентирующим приказам и методическим рекомендациям, промыть предмет проточной водой
 | Соблюдение требований СЭР и стандартов сестринской деятельности |
| 1. Снять фартук и перчатки и погрузить в дезраствор
 | Обеспечение требований инфекционной безопасности |
| 1. Вымыть руки
 | Требования СЭР |

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ СПОСОБОМ ДВУКРАТНОГО ПРОТИРАНИЯ

**Оснащение:** спецодежда, использованные предметы медицинского назначения, ветошь с маркировкой – 2, дезинфицирующий раствор, емкость для дезинфекции, мыло и кожный антисептик для обработки рук, перчатки.

**Условие:** дезинфекция проводится сразу после использования объектов. Режим дезинфекции и концентрация раствора зависит от клинической ситуации.

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **Подготовка к процедуре** |
| 1.Надеть спецодежду, средства защиты, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки | Соблюдение требований инфекционной безопасности |
| 2.Подготовить емкость для дезинфекции с плотно прилегающей крышкой и маркировкой, сверить название и концентрацию раствора | Соблюдение требований к хранению, приготовлению и применению дезинфицирующих растворов |
| 3.Приготовить ветошь на лотке с маркировкой | Обеспечение условий выполнения манипуляции |
| 4.Залить в лоток дезраствор, смочить ветошь и отжать | Соблюдение требований к хранению, приготовлению и применению дезинфицирующих растворов |
| **Выполнение манипуляции** |
| 5.Протереть предмет или поверхность ветошью | Обеспечение контакта дезраствора с объектом дезинфекции |
| 6.Поместить ветошь в лоток | Дезинфекция |
| 7.Выдержать время экспозиции согласно методическим рекомендациям | Выполнение санитарных норм и правил |
| 8.Взять с лотка вторую ветошь, смочить, отжать и провести повторное протирание объекта дезинфекции | Обязательное условие для дезинфекции методом протирания |
| 9.Поместить ветошь в дезраствор | Дезинфекция |
| 10.Промыть объект проточной водой, просушить | Обеспечение чистоты предмета от химических средств |
| 11.Снять фартук, перчатки, провести их дезинфекцию, вымыть руки и оформить необходимую документацию | Требование инфекционной безопасности и стандартов сестринской деятельности |

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БИОЛОГИЧЕСКИХ АВАРИЯХ (ВЫПИСКА ИЗ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ СП 3.1.1. 2341-08)

1. При попадании биологического материала:
* На кожу: дважды обработать 70% этиловым спиртом, в случае повреждения кожи – рану промыть водой и обработать 5% йодом;
* На слизистую глаз: промыть водой, обработать раствором перманганата калия (разведение 0,01%);
* В полость носа: промыть раствором перманганата калия (разведение 0,05%);
* В полость рта и горла: прополоскать 70% этиловым спиртом или раствором перманганата калия (разведение 0,05%);
* При уколах или порезах: незамедлительно выдавить из ранки кровь и обработать рану 5% йодом. Не тереть. Наложить бактерицидный лейкопластырь, при необходимости продолжить работу – надеть стерильные перчатки.
* На поверхности: проводить дезинфекцию использованного материала и загрязненных поверхностей или медицинской одежды дезинфицрующими растворами, например, 6% перекисью водорода или другими дезинфицирующими растворами, согласно регламентирующим санитарным правилам и приказам.

Все случаи получения работником травмы необходимо фиксировать в актах и журналах о получении травмы при общении с использованными шприцами согласно положению 2 к Санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.1. 2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В»

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.**

Данная рабочая тетрадь предназначена для закрепления знаний по заданным разделу «Инфекционная безопасность». В ее состав входят различные формы контроля, позволяющие осуществлять как текущий контроль знаний, так и самоконтроль. Она призвана оказать помощь обучающимся как в самостоятельной подготовке к практическим занятиям, так и при выполнении самостоятельной работы на занятиях. Приступая к работе Вам необходимо:

* Уяснить цели и задачи изучаемой темы;
* Ознакомиться со списком рекомендуемой литературы и, при необходимости воспользоваться ею;
* Изучить всю исходную информацию по теоретическому обоснованию;
* Изучить стандарты сестринской деятельности;
* Выполнить задания самостоятельной работы, руководствуясь учебной картой;
* Выполнить все задания самоконтроля, представленные в рабочей тетради.

**ТЕМА: «ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС»**

**Задание №1:** заполнить пустые клеточки, составляющие цепочку инфекционного процесса.

**Задание №2:** заполнить пустые клетки.

Источники инфекции

**Задание №3:** установить соответствие.

Пути передачи внутрибольничных инфекций

|  |  |
| --- | --- |
| Путь передачи | Способ |
| А.Контактный прямойБ.Контактный косвенныйВ.Трансмиссивный (через живого носителяГ. Трансмиссивный (через неживого носителя)Д. Трансплацентарный | а) от матери к плодуб) через предметы ухода, рукив) при непосредственном контакте с больнымг) через воду, пищу, кровьд) через животного или насекомого |

**Задание №4.**Дать характеристику и определить показания для уровней обработки рук.

|  |  |
| --- | --- |
| **Социальный** | **Гигиенический** |
|  |  |

**Задание №5. Вставить недостающие термины или определения:**

1. Инфекционная безопасность – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленный на уничтожение инфекции в ране называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Обсеменение объектов медицинского назначения микроорганизмами называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Микроорганизмы, способные вызвать развитие инфекционного заболевания называются \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Детергенты – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Дезинфектанты – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Проникновение микроорганизма через органы и ткани называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Существуют следующие уровни мытья рук (перечислить):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Перед проведением инвазивных процедур применяют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уровень обработки рук
10. Перед приёмом пищи применяют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уровень обработки рук
11. Гигиеническая обработка рук состоит из двух этапов: механической очистки рук и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. При мытье рук каждое движение необходимо повторить не менее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_раз
13. Втирание антисептика при гигиенической обработке рук нужно осуществлять не менее \_\_\_\_\_\_\_\_\_минут
14. Механическая очистка рук осуществляется в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_секунд
15. Воспаление кожи называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Задание №6.** Ситуационные задачи.

**ЗАДАЧА №1.** При работе в отделении стационара медицинская сестра выполняет целый ряд манипуляций. Одно из требований их проведения – соблюдение инфекционной безопасности. Вам представлен ряд медицинских и бытовых действий:

* Кормление тяжелобольного
* Смена постельного белья
* Прием пищи медперсоналом
* Раздача лекарственных средств
* Работа с медицинской документацией
* Помощь пациенту при осуществлении гигиенических мероприятий (подмывание)
* Посещение туалета
* Транспортировка пациента на каталке
* Проведение инъекций
* Постановка горчичников
* Помощь пациенту при осуществлении гигиенических мероприятий (обработка глаз, ушей, носа)

Вопрос: перед какими из представленных манипуляций, медсестра должна обработать руки на социальном уровне, а перед какими манипуляциями – на гигиеническом?

**ЗАДАЧА №2.** Целый ряд медицинских манипуляций медицинская сестра обязана выполнять в перчатках, которые являются средствами индивидуальной защиты от внутрибольничных инфекций. Вам представлен ряд медицинских манипуляций, при некоторых из них необходимо использовать перчатки:

* Смена нательного белья у тяжелобольного пациента
* Кормление больного
* Обтирание тяжелобольного больного
* Термометрия в подмышечной впадине
* измерение АД
* Термометрия в ротовой полости
* Постановка компресса
* Промывание желудка
* Очистительная клизма
* Раскладка лекарственных средств
* Инъекции
* Закладывание глазной мази
* Перевязки
* Накрытие стерильного стола

Вопрос:

1. При каких манипуляциях медсестра обязана использовать стерильные перчатки?

2. При каких манипуляциях медсестра использует нестерильные перчатки?

3. Какие манипуляции медсестра может выполнять без использования перчаток?

**ЗАДАЧА №3.** Вам представлен ряд общеизвестных инфекционных заболеваний. Все они могут быть и внутрибольничными (госпитальными) инфекциями.

* Грипп
* Вирусный гепатит В
* Педикулез
* Чесотка
* ВИЧ-инфекция
* Вирусный гепатит С
* Туберкулез
* Дизентерия
* Ветряная оспа
* Дифтерия
* Острая респираторная вирусная инфекция

Вопрос: Каким путем передаются данные инфекционные заболевания в условиях лечебно-профилактических учреждений?

**ЗАДАЧА №4.** Вам представлен целый ряд объектов медицинского и общего назначения:

* Кондиционер
* Тумбочка пациента
* Холодильник
* Аппарат для искусственного дыхания
* Кровь
* Инструментарий
* Термометры
* Раковина для умывания
* Контейнеры с дезинфицирующими растворами
* Шкаф для хранения лекарственных средств
* Испражнения пациента
* Листы назначений
* Функциональная кровать
* Грязное белье.

Вопрос: какие из вышеперечисленных объектов являются наиболее вероятными резервуарами возбудителей внутрибольничных инфекций?

**ЗАДАЧА №5.** Вам представлен ряд представителей медицинских профессий и перечень пациентов различного профиля заболеваний:

* Донор
* Хирург
* Постовая медсестра
* Старшая медсестра
* Пациент в послеоперационном периоде
* Лаборант
* регистратор
* Процедурная медсестра
* Беременная женщина
* Иностранец
* Терапевт
* Патологоанатом
* Пациент, страдающий гемофилией
* Военнослужащий
* Пациент с возрастом 70 лет
* Ребенок
* Пациент, страдающий наркоманией
* Пациент, страдающий алкоголизмом

Вопрос: Кто из перечисленного контингента относится к группе риска по ВБИ?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.**

**Задание №1.**

Восприимчивый организм

Механизм и пути передачи

источник инфекции

**Задание №2.**

Источники инфекции

резервуары

больной

носитель

Окружающая среда

**Задание №3.**

А – в, Б – б, В – д, Г – г, Д – а

**Задание №4.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Социальный** | **Гигиенический** |
| Мытье умеренно загрязненных рук простым мылом и водой удаляет с кожи большинство временных микроорганизмов. Применение:* Перед приёмом пищи
* Перед кормлением больных
* Перед работой с продуктами питания
* После посещения туалета
* Перед и после ухода за пациентом
* После любого загрязнения рук
* Перед и после контакта с предметами, которые могут быть инфицированными
 | Мытьё рук с использованием антисептических средств способствует более эффективному удалению временных микроорганизмов. Применение:* Перед выполнением инвазивных процедур
* Перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом
* Перед и после ухода за ранами и мочевым катетером
* До одевания перчаток и после их снятия
* После контакта с биологическими жидкостями пациента или после возможного обсеменения рук
 |

**Задание №5**

1. комплекс мероприятий, направленный на профилактику ВБИ
2. антисептика
3. контаминация
4. патогенные
5. моющие средства
6. дезинфицирующие средства
7. инвазия
8. социальный, гигиенический и хирургический
9. гигиенический
10. социальный
11. дезинфекция рук кожным антисептиком
12. 5
13. 2
14. 30
15. дерматит

**Задание №6.** Ответы на ситуационные задачи.

**Задача №1:**

На социальном уровне: смена постельного белья, прием пищи, раздача лекарственных средств, работа с документацией, подмывание пациента, посещение туалета, транспортировка пациента, постановка горчичников.

На гигиеническом уровне: кормление тяжелобольного, проведение инъекций, осуществление гигиенических мероприятий (уход за ушами, глазами, носом).

**Задача №2:**

Без перчаток: кормление больного, термометрия в подмышечной впадине, измерение АД, постановка компресса, раскладка лекарственных средств.

Нестерильные перчатки: смена нательного белья у тяжелобольного, обтирание тяжелобольного.

Стерильные перчатки: термометрия в ротовой полости, промывание желудка, очистительная клизма, инъекции, закладывание глазной мази, перевязки, накрытие стерильного стола.

**Задача №3:**

Воздушно-капельным: грипп, туберкулез, ветряная оспа, дифтерия, ОРВИ.

Трансмиссивным: гепатит В, ВИЧ, гепатит С.

Контактным: педикулез, чесотка, дизентерия

**Задача №4:**

Кондиционер, аппарат искусственного дыхания, кровь, инструментарий, раковина, испражнения, грязное белье.

**Задача №5:**

Донор, хирург, пациент в послеоперационном периоде, лаборант, процедурная м/с, беременная, иностранец, патологоанатом, пациент с гемофилией, наркоман.

**ТЕМА: «САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ, ОТРАЖЕННЫЙ В НОРМАТИВНЫХ АКТАХ И ПРИКАЗАХ МЗ РФ»**

**Задание №1**: Установите соответствие.

|  |  |
| --- | --- |
| Номер приказа | Название приказа |
| №720 | а) О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом |
| №288 | б) Об усилении мер по профилактике СПИДа |
| №408 | в)О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы. |
| №223 | г) О мерах профилактики вирусных гепатитов в стране |
| №770 | д)Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом содержании больниц и порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного санитарного надзора за санитарным состоянием ЛПУ |
| №320 | е) Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с ВБИ |

**Задание №2:** вставьте недостающее слово или цифру в контрольном диктанте.

1. Федеральный Закон «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» принят в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_году.
2. Согласно приказа №720 после осмотра больного с гнойно-септическим заболеванием и обработки гнойных ран персонал обеззараживает руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Индивидуальные полотенца в хирургических отделениях меняют(как часто)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. В случае наличия одной перевязочной строго разделяют очередность перевязок: сначала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_перевязки, а затем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. Генеральная уборка процедурных и операционных проводится не реже\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Генеральная уборка палат проводится не реже\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
7. Текущая уборка столовой и раздаточной проводится после\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
8. Кушетка после осмотра каждого пациента подвергается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
9. Повторная обработка больного педикулезом проводится через\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней.
10. Смена постельного и нательного белья пациентам проводится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
11. Санитарная обработка пациента проводится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
12. Проветривание палат проводится не реже\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
13. Уборочный инвентарь должен иметь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
14. При выявлении ВБИ у госпитализированных больных медицинский персонала обязан пройти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
15. Вывоз мусора с территории больницы осуществляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
16. Каждый пациент хирургического стационара перед операцией проходит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
17. После выписки пациента с гнойно-септическим заболеванием в палата проводится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
18. После снятия перчаток проводят\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обработку рук.
19. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать\_\_\_\_\_\_часа от момента приготовления.
20. Смена одежды медперсонала в отделениях хирургического профиля проводится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Задание №3.**Ситуационные задачи.

**ЗАДАЧА №1.**

 Палатная медицинская сестра принимает нового пациента в отделение. Знакомит с устройством отделения, расположением основных помещений и режимом дня. Показала пациенту палату и кровать. Ответила на интересующие пациента вопросы:

* как часто проводится смена постельного белья?
* На сколько человек рассчитана тумбочка?
* Положено ли пациенту отдельное судно?
* Как часто проводится купание пациентов?
* Как часто проводится уборка палаты?
* Можно ли принести телевизор в палату?

Задание:

1. Ответьте на вопросы пациента, используя знания приказа №288 «Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом содержании больниц…»

2. Согласно требованиям данного приказа, ответьте - какие требования предъявляются к содержанию больничной территории?

**ЗАДАЧА №2.** В обязанности процедурной медицинской сестры входит проведение генеральной уборки процедурного кабинета.

Задание:

1. Назовите график генеральной уборки, регламентированный приказом №288 «Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом содержании больниц…»

2. К какому виду дезинфекции относятся действия медицинской сестры?

3. Определить порядок сестринских вмешательств?

4. К какому виду сестринских вмешательств относится генеральная уборка?

5. Кто составляет график генеральной уборки в отделении?

**ЗАДАЧА №3.** Медсестра процедурного кабинета пришла на работу с признаками простудного заболевания: кашель, насморк, общее недомогание. Отработала смену, оказывая помощь пациентам. Ночью у одного из пациентов появились жалобы на недомогание, насморк, чихание, слезотечение и поднялась температура тела до 38,5 гр.

Задание: изучив приказ №288 «Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом содержании больниц…» оцените ситуацию и определите порядок действий.

**ЗАДАЧА №4.** Перевязочная медицинская сестра хирургического отделения при проведении перевязки пациенту допустила разбрызгивание крови. Кровь попала на халат медсестры.

Задание:

1. Оценить ситуацию.

2. Определить объем сестринских вмешательств.

3. В каком приказе регламентированы действия в подобной ситуации?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**Задание №1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Номер приказа | Название приказа |
| №720 | е) Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с ВБИ |
| №288 | д)Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом содержании больниц и порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного санитарного надзора за санитарным состоянием ЛПУ |
| №408 | г) О мерах профилактики вирусных гепатитов в стране |
| №223 | б) Об усилении мер по профилактике СПИДа |
| №770 | в)О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы. |
| №320 | а) О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом |

**Задание №2.**

1. 1999 году
2. 0,5% р-ром хлоргексидина биглюконата
3. Ежедневно
4. Чистые, грязные
5. 1 раз в 7 дней
6. 1 раз в месяц
7. После каждой раздачи пищи
8. Дезинфекции
9. 7 дней
10. 1 раз в 7 дней или по мере загрязнения
11. 1 раз в 7 дней
12. 4 раза в сутки
13. Маркировку
14. Медицинский осмотр
15. Ежедневно
16. Санитарную обработку
17. Заключительная дезинфекция
18. Гигиеническую
19. 2 часа
20. Ежедневно

**Задание №3.**

**ЗАДАЧА №1.**

* Смена белья проводится 1 раз в 7 дней или по мере загрязнения;
* Тумбочка индивидуальная;
* Пациенту положено отдельное судно;
* Санитарная обработка проводится 1 раз в 7 дней;
* Уборка палаты проводится не реже 2 раз в сутки;
* С согласия других пациентов, можно принести телевизор, но необходимо соблюдать тишину в часы отдыха.
* Больничная территория должна быть отгорожена, иметь места для прогулок и отдыха, въезд на хозчасть и в морг отдельный, вечернее освещение, охрана, вывоз мусора ежедневно.

**ЗАДАЧА №2.**

1. График генеральной уборки – 1 раз в 7 дней (по фиксированным дням);
2. Профилактическая дезинфекция;
3. Смотри алгоритм генеральная уборка процедурного кабинета;
4. Независимое
5. Старшая медицинская сестра

**ЗАДАЧА №3.**

1. Медицинская сестра должна быть отстранена от работы до полного выздоровления;
2. Пациента необходимо изолировать в отдельную палату или перевести в специализированное отделение, дальнейшие действия – по решению лечащего врача;
3. Оказывать медицинскую помощь пациенту, согласно назначению врача;
4. Провести очаговую дезинфекцию:
* Надеть спецодежду и средства защиты;
* Приготовить дезинфицирующие растворы нужной концентрации;
* Приготовить промаркированный уборочный инвентарь;
* Обеззаразить остатки пищи и посуду;
* Уложить в клеенчатый мешок вещи для камерной обработки;
* Мебель отодвинуть от стен, провести заключительную дезинфекцию методом орошения или двукратного протирания с экспозицией 45 минут;
* Обработать батареи, плинтуса, двери;
* Мусор сложить в емкость для сбора отходов, подвергнуть дезинфекции;
* Обработать стены и мебель;
* Обработать пол;
* Уложить в клеенчатый мешок спецодежду для камерной обработки, снять перчатки и погрузить их в дезраствор, вымыть руки;
* Оформить медицинскую документацию.

**ТЕМА: «ПРОФИЛАКТИКА ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ И ВИЧ»**

**Задание №1.** Заполните недостающую часть в таблице, отражающей действия медицинской сестры при инфекционной аварии.

|  |  |
| --- | --- |
| Ситуация | Действия медсестры |
| 1.Кровь попала на перчатку |  |
| 2.Кровь попала в глаза |  |
| 3.Кровь попала в нос |  |
| 4.Кровь попала в рот |  |
| 5.Кровь попала на кожу рук |  |
| 6.Произошел прокол кожи потенциально инфицированной иглой |  |
| 7.Кровь попала на халат |  |

**Задание №2.** Ситуационные задачи.

**ЗАДАЧА №1.** В боксе инфекционного отделения на лечении находится пациент с гепатитом В. Палатной медицинской сестре необходимо провести дезинфекцию следующих объектов:

* постельное белье
* посуда
* судно
* матрац и подушка
* рвотные массы
* испражнения
* моча

Задание:

1. Определите вид проводимой дезинфекции.

2. Каким образом проводится дезинфекция представленных объектов, согласно приказу №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» и СП 1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемическому надзору за вирусными гепатитами».

3. Какой вид дезинфекции проводится после выписки пациента?

**ЗАДАЧА №2.** Медицинская сестра инфекционного отделения оказывала помощь пациенту с гепатитом С. После снятия перчаток, согласно приказа №408, она должна обработать руки после контакта с инфекционным больным.

Задание:

1. Какой вид дезинфекции проводится в данном случае?

2. Определите порядок обработки рук персонала после контакта с больным гепатитом.

**ЗАДАЧА №3.** Старшая медицинская сестра поручила процедурной сестре провести ревизию аварийной аптечки и обеспечить ее полную комплектацию согласно приказу №223.

Задание:

1. О каком приказе идет речь?

2. Составьте перечень содержимого аварийной аптечки.

**ЗАДАЧА №4.** При проведении забора крови из вены пациента произошло ее разбрызгивание и кровь попала на слизистую глаз процедурной медсестры.

Задание:

1. Оцените ситуацию.

2. Наметьте план сестринских вмешательств согласно приказу №223«Об усилении мер по профилактике СПИДа».

3. Какими профилактическими мероприятиями пренебрегла медицинская сестра?

**ЗАДАЧА №5.** Медицинская сестра после инфекционной аварии провела профилактические мероприятия по внутрибольничным инфекциям. Случай аварии зарегистрирован в специальном журнале. Медсестра поставлена на учет у инфекциониста.

Задание:

1. Определите порядок и кратность наблюдения и сдачи контрольных анализов,

 основываясь на знание приказа №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».

2. Через какой срок медработник подлежит снятию с учета у инфекциониста?

**ЗАДАЧА №6.** Медицинская сестра процедурного кабинета во время работы уколола палец потенциально инфицированной иглой. От гепатита «В» не привита.

Задание:

1. Обозначить ситуацию.

2. Составить план мероприятий, регламентированный приказом №170 от 1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфекции в РФ» и приказом №408 от 1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».

**Задание №3**. Перечислить содержимое аптечки АНТИ-СПИД:

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.**

**Задание №1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ситуация | Действия медсестры |
| 1.Кровь попала на перчатку | Тампоном, смоченным в дезинфектанте обработать перчатку и убрать видимое загрязнение;Погрузить перчатки в дезраствор;Обработать руки кожным антисептиком и вымыть на гигиеническом уровне |
| 2.Кровь попала в глаза | промыть водой, обработать раствором перманганата калия (разведение 0,01%) или 1% раствором борной кислоты, закапать раствор 30% альбуцида; |
| 3.Кровь попала в нос | промыть раствором перманганата калия (разведение 0,05%); |
| 4.Кровь попала в рот | прополоскать 70% этиловым спиртом или раствором перманганата калия (разведение 0,05%); |
| 5.Кровь попала на кожу рук | Вымыть водой с мылом, осушить и дважды обработать 70% этиловым спиртом |
| 6.Произошел прокол кожи потенциально инфицированной иглой | незамедлительно выдавить из ранки кровь, снять перчатки и погрузить в дезраствор, обработать рану 5% йодом. Не тереть. Наложить бактерицидный лейкопластырь, при необходимости продолжить работу – надеть стерильные перчатки. |
| 7.Кровь попала на халат или поверхности | проводить дезинфекцию использованного материала и загрязненных поверхностей или медицинской одежды дезинфицирующими растворами, например, 6% перекисью водорода или другими дезинфицирующими растворами, согласно регламентирующим санитарным правилам и приказам |

**Задание №2. Ответы на ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

1.Проводится очаговая дезинфекция.

2.Режимы дезинфекции:

Постельное белье – кипятят в течении 15 минут в 2% мыльно-содовом растворе, затем подвергают стирке. Второй способ – погрузить перед стиркой белье на 2 часа в дезинфектант (аналогичный 3% раствору хлорамина).

Посуда – кипятят в 2% растворе соды 15 минут или погрузить в 1% раствор хлорамина на 60 минут (или современный анлог);

Судно – опорожнения погружают в раствор 3% хлорамина на 30 минут или 1% хлорамина – на 60 минут;

Матрац и подушка – в дезкамеру;

Рвотные массы – засыпают сухой хлорной известью в соотношении 1:5 на 60 минут;

Испражнения – засыпают сухой хлорной известью в соотношении 1:5 на 60 минут;

Моча - засыпают сухой хлорной известью в соотношении 1:5 на 60 минут;

**Задача №2.**

1.Проводится очаговая дезинфекция.

2. Руки персонала после контакта с больным обрабатывать 0,5% раствором хлорамина (современным аналогом) или 70% спиртом, затем моют руки с мылом и вытирают индивидуальным полотенцем.

**Задача №3.**

1.Приказ МЗ РФ «Об усилении мер по профилактике СПИДа»

2.Содержимое аптечки:

* 70% этиловый спирт
* 5% раствор йода
* Навески марганцевокислого калия
* 20% раствор сульфацил-натрия
* Дистиллированная вода
* 6.1% раствор протаргола
* Нашатырный спирт
* Бактерицидный пластырь
* Перевязочные средства
* Термометры
* Жгут
* Глазные пипетки
* Очки, маска, резиновые перчатки

**Задача №4.**

1.Ситуация оценивается как инфекционная авария.

2. При попадании крови на слизистую глаз – промыть раствором марганцевокислого калия в разведении 1:10000 или 1% борной кислотой закапать раствор 30% альбуцида;

3.Медицинская сестра не использовала защитные очки, чем нарушила требования по инфекционной безопасности при заборе крови.

**Задача №5.**

1.Анализ сдается сразу после аварии, затем в течение года через 3, 6 и 12 месяцев;

2.Медицинский работник подлежит снятию с учета через 12 месяцев, в случае отрицательных контрольных анализов.

**Задача №6.**

1.Ситуация расценивается как инфекционная авария.

2.Проводимые мероприятия:

* В каждом подразделении ЛПУ должен быть «Журнал биологических аварий», в котором отмечается дата, время, место, характер аварии, Ф.И.О. лиц, пострадавших при аварии и все проведенные мероприятия;
* Кроме регистрации случая должен быть заполнен «Акт о несчастном случае на производстве»;
* При возникновении биологической аварии немедленно известить руководителя структурного подразделения;
* Лица, попавшие в аварийную ситуацию, проходят лабораторное обследование в день аварии, затем через 3,6 и 12 месяцев и консультацию инфекциониста;
* В зависимости от результатов обследования пострадавшему может быть назначен курс профилактического лечения;

**Задание №3.**

1.70% этиловый спирт

2.5% раствор йода

3.Навески марганцевокислого калия

4.20% раствор сульфацил-натрия

5.Дистиллированная вода

6.1% раствор протаргола

7.Нашатырный спирт

8.Бактерицидный пластырь

9.Перевязочные средства

10.Термометры

11.Жгут

12.Глазные пипетки

13.Очки, маска, резиновые перчатки

ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО РАЗДЕЛУ МДК

 «БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И МЕДПЕРСОНАЛА»

ВАРИАНТ №1

**Выберете один правильный ответ**

1.Путь передачи возбудителя от матери к плоду:

а) Алиментарный

б) Аэрогенный

в) Трансмиссивный

г) Трансплацентарный

2.Путь передачи инфекции при поцелуе:

 а) контактный

 б) трансмиссивный

 в) воздушно-капельный

 г) парентеральный

3.Наиболее распространенный путь передачи инфекции в отделении реанимации:

 а) артифициальный

 б) трансмиссивный

 в) воздушно-капельный

 г) воздушно-пылевой

4. На восприимчивость к инфекции не влияет:

 а) возраст

 б) нарушение иммунитета

 в) конституция

 г) хронические заболевания

5. Факторы передачи вирусного гепатита В:

 а) препараты крови

 б) руки

 в) пылевые частицы

 г) предметы обихода

6.Факторы передачи инфекции мочевых путей:

 а) пылевые частицы

 б) медикаменты

 в) препараты крови

 г) медицинский инструментарий

7.Факторы передачи дизентерии:

 а) кровососущие насекомые

 б) продукты питания

 в) секрет дыхательных путей

 г) препараты крови

8. Преобладающим фактором риска развития ВБИ в отделении реанимации является:

 а) нарушение режима проветривания

 б) теснота размещения в палатах

 в) тяжесть состояния пациента

 г) применение аппаратов ИВЛ

9. Преобладающим фактором риска развития ВБИ в отделениях педиатрии и гериатрии является:

 а) тяжесть состояния

 б) использование иммунодепрессантов

 в) инвазивные процедуры

 г) возраст пациентов

10. Самым распространенным резервуаром возбудителей инфекционных заболеваний в ЛПУ являются:

 а) мочевыводящие пути

 б) кишечник

 в) кровь

 г) руки

11. Маску вне операционного блока можно не снимать на протяжении:

 а) 1 час

 б) 2 часа

 в) 3 часа

 г) 8 часов

12. Снимая маску ее необходимо держать:

 а) за центр

 б) за верхний край

 в) за нижний край

 г) за завязки

13. При смене постельного белья его необходимо:

а) рассортировать по видам загрязнения и

 отнести в санитарную комнату

б) быстро отнести в санитарную комнату

в) сложить в палате и отдать сестре-хозяйке

г) поместить в непромокаемую емкость

14. Наиболее высокий риск развития ВБИ в отделении:

 а) гастроэнтерологии

 б) эндокринологии

 в) реанимации

 г) хирургии

15. Резистентные формы микроорганизмов могут возникать при неправильном использовании:

 а) только антибиотиков

 б) антибиотиков и антисептиков

в) антибиотиков, дезинфектантов и антисептиков

 г) дезинфектантов и антисептиков

16. Наиболее вероятный путь передачи ВБИ в ЛПУ:

 а) контактно-бытовой

 б) искусственный

 в) пищевой

 г) воздушно-капельный

17. Для размножения большинства микроорганизмов наиболее благоприятными факторами являются:

 а) пониженная температура и пониженная влажность

 б) пониженная температура и повышенная влажность

 в) повышенная температура и повышенная влажность

 г) повышенная температура и пониженная влажность

18. Уровень мытья рук зависит от:

 а) степени загрязнения рук

 б) характера манипуляций и тяжести состояния пациента

 в) вида используемых моющих средств

 г) наличия перчаток

19. Стандартные меры предосторожности разработаны для применения при:

 а) контакте с биологическими жидкостями и слизистыми оболочками

 б) стихийных бедствиях

 в) массовых отравлениях

 г) работе в эпидемическом очаге

20. Оборудование, представляющее среднюю степень риска инфицирования подвергают:

 а) дезинфекции

 б) дезинфекции и стерилизации

в) очистке с последующей дезинфекцией

г) очистке, дезинфекции и стерилизации

21. Для смены постельного белья необходимо иметь:

 а) герметичную емкость для грязного белья, перчатки, чистое белье

 б) маску, перчатки, чистое белье, непромокаемую емкость

 в) маску, чистое белье

 г) емкость для грязного белья, чистое белье

22. Для мытья рук предпочтительнее использовать:

 а) индивидуальное мыло

 б) мыльницу с решеткой

 в) губки с моющим раствором

 г) жидкое мыло в дозаторе

23. Использование электросушилок нецелесообразно, так как они:

 а) являются накопителями микроорганизмов

 б) не соответствуют нормам противопожарной безопасности

 в) экономически невыгодны

 г) морально устарели

24. При попадании биологической жидкости на неповрежденную кожу медсестра должна:

 а) обработать кожу 70% р-ром спирта, затем двукратно водой с мылом

 б) обмыть кожу водой с мылом, затем обработать 70% р-ром спирта

 в) обмыть кожу аодой с мылом

 г) обработать кожу 70% р-ром спирта

**Выберите все правильны ответы**

25. Социальный уровень мытья рук необходим:

 а) после посещения туалета

б) перед выполнением инвазивных процедур

 в) после снятия перчаток

 г) перед приемом пищи

26. Дайте характеристику данных терминов, установите соответствие:

|  |  |
| --- | --- |
| Свойства микроорганизмов | Определение |
| 1. Токсигенность
 | А.Степень, мера патогенности, индивидуально присущая конкретному штамму патогенного микроорганизма |
| 1. Вирулентность
 | Б. Способность к проникновению в ткани и органы макроорганизма и распространению в них |
| 1. Инвазивность
 | В. Способность к выработке и выделению различных токсинов |
| 1. Патогенность
 | Г. Видовой признак микроорганизма, закрепленный генетически и характеризующий способность вызывать заболевание |

**Продолжите фразу:**

27. Внутрибольничная инфекция – это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Патогенный микроорганизм – это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. При случайном попадании биологической жидкости в глаза необходимо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Способность микроорганизма проникать в ткани и органы макроорганизма и распространяться в них называется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Сложный процесс взаимодействия макроорганизма и микроорганизма в определенных условиях внешней и внутренней среды, включающий развивающиеся патологические, защитно-приспособительные и компенсаторные реакции, называется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечислите:**

32. Механизмы передачи инфекции

1.

2.

3.

4.

5.

6.

33. Звенья цепочки инфекционного процесса

1.

2.

3.

4.

5.

6.

34. Для прерывания инфекционного процесса необходимо воздействовать на:

1.

2.

3.

35. А аптечку «Анти-Спид» входят:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

**36**. При случайном попадании биологической жидкости на неповрежденную кожу необходимо:

1.

2.

3.

4.

**Верно ли данное утверждение? Если неверно - сформулируйте правильное.**

**37.** ВБИ – это любое заболевание, возникшее у пациента после его обращение в ЛПУ

1. Верно

2. Неверно

**38.** Внедрение новых диагностических и лечебных манипуляций не способствует увеличению ВБИ

1. Верно

2. Неверно

**39.** Инфекционный процесс – сложный процесс взаимодействия возбудителя и окружающей среды, включающий защитно-приспособительные и компенсаторные реакции

1.Верно

2. Неверно

**40.** Патогенный микроорганизм – вид возбудителя, вызывающий развитие инфекционного процесса при определенных условиях внешней и внутренней среды макроорганизма

1. Верно

2. Неверно

**41.** Латентная форма инфекции – инфекционный процесс, проявляющийся заметными клинико-лабораторными признаками

 1. Верно

 2. Неверно

**42.** острая форма инфекции – инфекционный процесс, характеризующийся быстрым течением и бурной реакцией макроорганизма с формированием различной степени иммунитета к повторному заражению

 1. Верно

 2. Неверно

**43.** Крайнее проявление инфекционного процесса – инфекционная болезнь

 1. Верно

 2. Неверно

**44.** Входные ворота инфекции – это дыхательные пути, ЖКТ, мочеполовые пути, кожа и слизистые, кровь, трансплацентарные сосуды

 1.Верно

 2. Неверно

**45.** Контактный способ передачи инфекции может быть прямой и косвенный

 1. Верно

 2. Неверно

**46.** Через прямой контакт передаются гепатит А, дизентерия, сальмонеллез

 1. Верно

 2. Неверно

**47.** Через эндоскопическую аппаратуру могут передаваться вирусы гепатита В и ВИЧ-инфекции

 1. Верно

 2. Неверно

**48.** Через живого переносчика (насекомое) передаются гепатит А и В

 1. Верно

 2. Неверно

**49.** Развитие инфекционного заболевания зависит только от восприимчивости человека к инфекции

 1. Верно

 2. Неверно

**50.** Антибиотики, применяемые бесконтрольно, увеличивают восприимчивость человека к инфекции

 1. Верно

 2. Неверно

ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО РАЗДЕЛУ МДК

«БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И МЕДПЕРСОНАЛА»

ВАРИАНТ №2

**Выберете один правильный ответ**

1.К мерам профилактики инфекционной заболеваемости, направленным на организм человека относится:

 а) использование антибиотиков

 б) иммунизация

 в) дезинфекция

 г) дезинсекция

2. ВБИ называется:

а) Любая инфекция, возникшая во время пребывания пациента в ЛПУ

 б) Любое инфекционное заболевание, поражающее сотрудников или

 пациентов вследствие нахождения в стационаре и независимо от

 сроков появления симптомов

 в) Профессиональное инфекционное заболевание медработников

 г) Инфекционное заболевание, полученное пациентом в результате

 медицинской процедуры

3. ВБИ наиболее подвержены:

а) мужчины призывного возраста

 б) женщины детородного возраста

 в) старики и дети

 г) подростки

4. Путь передачи инфекции при заражении вирусным гепатитом В

а) пищевой

 б) искусственный

 в) воздушно-капельный

 г) воздушно-пылевой

5. Путь передачи инфекции мочевыводящих путей:

а) искусственный

 б) трансмиссивный

 в) воздушно-капельный

 г) воздушно-пылевой

6. Путь передачи дизентерии:

а) гемотрансфузионный

 б) инструментальный

 в) пищевой

 г) воздушно-капельный

7. Путь передачи вируса гриппа в ЛПУ:

 а) контактный косвенный

 б) контактный прямой

 в) воздушно-капельный

 г) трансмиссивный

8. Преобладающим фактором риска развития ВБИ в отделении урологии является:

а) длительная катетеризация

 б) преобладание ночного диуреза

в) большое число пациентов пожилого возраста

 г) теснота в палатах

9. Основной резервуар золотистого эпидермального стафилококка:

а) кровь

 б) руки

 в) кишечник

 г) дыхательные пути

10. Гигиенический способ мытья рук подразумевает использование:

а) кожных антисептиков

 б) туалетного мыла

 в) мыла на основе глицерина

 г) антибактериального мыла

11. Наиболее инфекционно опасной из биологических жидкостей является:

а) кровь

 б) пот

 в) слюна

 г) моча

12. Медсестра может не менять халат после:

а) смены нательного беля пациента

б) смены грязного постельного белья

 в) накрытия стерильного стола

 г) загрязнения халата кровью

13. Гигиенический уровень обработки рук необходим:

а) после посещения туалета

 б) до и после ухода за раной

в) до и после хирургических манипуляций

 г) перед приемом пищи

14. Для вытирания рук предпочтительно использовать:

а) электрическую сушку

 б) вафельное полотенце

в) бумажное одноразовое полотенце

 г) пеленку

15. Характерные факторы искусственного пути передачи инфекции:

а) медицинские инструменты и оборудование

 б) продукты питания

 в) вода

 г) членистоногие

16. Наиболее вероятные факторы передачи ВБИ в ЛПУ:

а) перевязочные средства

 б) препараты крови

 в) медикаменты

г) руки и медицинский инструментарий

17. Универсальные меры безопасности акцентируют внимание на:

а) медикаментах и медицинском оборудовании

 б) госпитализации пациентов

 в) средствах дезинфекции и стерилизации

 г) средствах защиты

18. Целью универсальных мер безопасности является:

а) предохранение медперсонала от заражения при контакте с

 кровью

б) предохранение медперсонала от заражения при контакте с

 любыми биологическими жидкостями

в) предохранение пациента от заражения при использовании средств

 ухода и медицинского инструментария

 г) изоляция медперсонала и пациентов при выявлении инфекции

19. Низкую степень риска инфицирования представляют:

 а) стены, потолок

 б) термометры, посуда

в) гинекологический инструментарий

 г) хирургический инструментарий

20. Высокую степень риска инфицирования представляют:

а) стены, потолок

 б) тонометры

 в) дезинфектанты

 г) инъекционные иглы

21. Перед мытьем рук необходимо снимать кольца с рук, поскольку:

а) кожа под кольцами является местом скопления микроорганизмов

 б) углубления на ювелирных изделиях являются местом

 скопления микроорганизмов

 в) материал ювелирных украшений нарушает действие моющих

 средств

 г) моющие средства могут повредить ювелирным украшениям

22. Условия, способствующие уменьшению риска развития ВБИ в ЛПУ:

а) усиление антибиотикотерапии

 б) ограничение доступа посетителей

 в) сокращение инвазивных процедур

 г) запрещение использования пациентами домашней одежды

23. Наиболее опасная биологическая жидкость в плане передачи ВИЧ:

а) моча

 б) желудочный сок

 в) слюна

 г) кровь

**Выберете все правильные ответы**

24. К мерам инфекционной безопасности, направленным на возбудителя, относятся:

а) использование антибиотиков

б) активная иммунизация пациентов

 в) дезинфекционные мероприятия

 г) проверка передач

Установите соответствие

25. Подберите определение для каждого периода инфекционного заболевания

|  |  |
| --- | --- |
| Период заболевания | Определение |
| 1. Продромальный  | А.Наличие микроорганизмов при отсутствии симптомов |
| 2. Инкубационный | Б. Наличие развернутой картины заболевания |
| 3. реконвалесценции | В. Симптомы, предшествующие разгару заболевания |
| 4. Носительство  | Г. Период выздоровления |
| 5.Разгар болезни | Д. Период с момента заражения до появления первых клинических признаков |

26. Подберите для каждого из путей заражения свое определение:

|  |  |
| --- | --- |
| Путь заражения | определение |
| 1.Продукты питания | А.Артифициальный |
| 2.Пылевые частицы | Б. Аэрозольный |
| 3.Предметы ухода | В. Вертикальный |
| 4.Медицинский инструментарий | Г.Контактный |
| 5.Плацента | Д. Фекально-оральный |

**Дополните фразу:**

27. Инфекционный процесс – это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

28. При случайном попадании биологической жидкости в ротовую полость необходимо:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. При случайном попадании биологической жидкости в носовую полость необходимо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Длительное пребывание патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в тканях и органах человека, не приводящее к заболеванию, называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечислите:**

31. Возбудителями инфекционных заболеваний могут быть:

 1.

 2.

 3.

 4.

 5.

32. К биологическим жидкостям, в отношении которых необходимо применять универсальные меры безопасности относятся:

 1.

 2.

 3.

 4.

 5.

 6.

33. Уровни обработки рук медперсонала:

 1.

 2.

 3.

34. При случайном порезе использованным инструментарием необходимо:

 1.

 2.

 3.

 4.

 5.

 6.

 7.

 8.

 9.

35. Предметы окружающей среды по категории риска переноса инфекции подразделяются на:

 1.

 2.

 3.

**Верно ли данное утверждение? Если неверно – сформулируйте правильное.**

36. ВБИ иногда приводит к летальному исходу

 1.Верно

 2. Неверно

37. Неконтролируемое использование антибиотиков приводит к развитию резистентных штаммов бактерий.

 1. Верно

 2. Неверно

38. Инвазивность – это процесс проникновения микроорганизмов в макроорганизм и распространение в его органах и тканях

 1. Верно

 2. Неверно

39. Инкубационный период – время от момента заражения до появления первых клинических симптомов заболевания.

 1. Верно

 2. Неверно

40. Атипичная форма инфекции – инфекционный процесс, проявляющийся характерными для данной болезни клинико-лабораторными признаками.

 1. Верно

 2. Неверно

41. Местная форма инфекции – инфекционный процесс, характеризующийся наличием признаков системного поражения организма.

 1. Верно

 2. Неверно

42. Резервуар агента при инфекционном процессе может быть только живым.

 1. Верно

 2. Неверно

43. Возбудителями инфекционного заболевания могут быть только бактерии, вирусы и грибы.

 1. Верно

 2. Неверно

44. Прямой контакт – это передача возбудителя от источника к хозяину.

 1. Верно

 2. Неверно

45. Через руки передаются менингококковый менингит, клещевой энцефалит и малярия.

 1. Верно

 2. Неверно

46. Воздушно-капельным путем передаются ветряная оспа, грипп, туберкулез легких, раневая инфекция

 1. Верно

 2. Неверно

47. Взаимодействие инфекционного возбудителя и человека обязательно приводит к развитию инфекционного заболевания.

 1. Верно

 2. Неверно

48. Люди, страдающие хроническими заболеваниями, как правило менее восприимчивы к инфекциям.

 1. Верно

 2. Неверно

49. Распространению ВБИ препятствует увеличение количества крупных больничных комплексов.

 1. Верно

 2. Неверно

50. Неблагоприятная окружающая среда способствует увеличению восприимчивости человека к инфекции

 1. Верно

 2. Неверно

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

ВАРИАНТ №1

1. г
2. а
3. а
4. в
5. а
6. г
7. б
8. в
9. г
10. г
11. в
12. г
13. г
14. г
15. в
16. б
17. в
18. б
19. а
20. в
21. б
22. г
23. а
24. а
25. а,г
26. 1В, 2Г, 3Б, 4А
27. Любое, клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое может поражать пациента при его обращении за медицинской помощью в ЛПУ, а также заболевание медперсонала, связанное с выполнением профессионального долга.
28. Вид возбудителя, вызывающий развитие инфекционного процесса
29. Промыть глаза 0,05% р-ром марганцовокислого калия
30. Инвазивность
31. Инфекционный процесс
32. Воздушно-капельный, контактный прямой, трансмиссивный через живого носителя, трансмиссивный через неживого носителя, контактный косвенный, трансплацентарный
33. Резервуар-возбудитель-хозяин-входные ворота-способ передачи-выходные ворота
34. Источник инфекции, пути передачи инфекции, восприимчивость хозяина
35. 70% спирт, навеска марганцовокислого калия, мензурки, ножницы, бактерицидный пластырь, обычный пластырь, перчатки, стерильные салфетки, стерильный пипетки, йод
36. Смазать салфетку спиртом, протереть кожу, погрузить салфетку в дезраствор, вымыть и осушить руки
37. Неверно. ВБИ - это любое, клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое может поражать пациента при его обращении за медицинской помощью в ЛПУ, а также заболевание медперсонала, связанное с выполнением профессионального долга.
38. Неверно. Внедрение новых инвазивных процедур способствует увеличению риска возникновения ВБИ.
39. Неверно. Инфекционный процесс – сложный процесс взаимодействия микроорганизма и макроорганизма в определенных условиях внешней и внутренней среды, с развитием патологических, защитно-приспособительных и компенсаторных реакций.
40. Верно.
41. Неверно. Латентная инфекция – разновидность инфекционного процесса, протекающая скрыто, без выраженных клинико-лабораторных признаков
42. Верно.
43. Верно.
44. Верно.
45. Верно.
46. Неверно. Таким образом передается ВИЧ, чесотка, сифилис
47. Верно.
48. Неверно. Таким образом передается малярия, геморрагическая лихорадка
49. Неверно. Развитие инфекционного процесса зависит также от патогенности, дозы, токсигенности и инвазивности микроорганизма.
50. Верно.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

ВАРИАНТ №2

1. б
2. б
3. в
4. б
5. а
6. в
7. в
8. а
9. б
10. а
11. а
12. в
13. б
14. в
15. а
16. г
17. г
18. а
19. а
20. г
21. а
22. в
23. г
24. в
25. 1В,2Д, 3Г, 4А, 5Б
26. 1Д, 2Б, ЗГ, 4А, 5В
27. Сложный процесс взаимодействия возбудителя и макроорганизма в определенных условиях внутренней и внешней среды, включающий развитие патологических, зашитно-приспособительных и компенсаторных реакций.
28. Прополоскать рот 70% этиловым спиртом
29. Закапать 0,05% р-р марганцовокислого калия
30. Носительство
31. Бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты
32. Кровь, моча, слезы, влагалищное отделяемое, сперма, мокрота
33. Социальный, гигиенический, хирургический
34. Вымыть руки, не снимая перчаток. Снять перчатки и погрузить в дезраствор. Выдавить кровь из раны. Вымыть руки с мылом. Осушить. Обработать рану 5% р-ром йода. Заклеить рану пластырем. Сообщить администрации. Зарегистрировать случай в журнале инфекционных аварий.
35. Некритические, полукритические, критические
36. Верно.
37. Верно.
38. Верно.
39. Верно.
40. Неверно. Атипичная форма – процесс, не имеющий характерных клинико-лабораторных признаков.
41. Неверно. Местная инфекция – процесс, протекающий на ограниченном участке ткани.
42. Неверно. Может быть живым и неживым.
43. Неверно. Также вирусы, грибы, простейшие и гельминты.
44. Верно.
45. Неверно. Могут передаваться кишечные и раневые инфекции.
46. Верно.
47. Неверно. Взаимодействие возбудителя и макроорганизма не всегда приводит к развитию инфекционного процесса.
48. Неверно. Наличие хронического заболевания увеличивает риск развития инфекции.
49. Неверно. Крупные больничные комплексы способствуют распространению ВБИ
50. Верно.

**БИБЛИОГРАФИЯ**

1. В.Р.Вебер «Основы сестринского дел» Ростов-на-Дону, «Феникс» 2010 г.
2. Л.И. Кулешова «Основы сестринского дела: теория и практика» Ростов-на-Дону, «Феникс» 2013 г.
3. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела под редакцией к.м.н. А.И.Шпирина. Москва. 2014 г.
4. Шкатова Е.Ю. «Инфекционная безопасность в ЛПУ». Ростов-на-Дону «Феникс» 2013 г.
5. С.А.Мухина и И.И.Тарновская «Практическое руководство к предмету основы сестринского дела». Москва 2012 г.
6. С.А.Мухина и И.И.Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва 2014 г.
7. В.Д.Вагнер «Санитарно-противоэпидемический режим». Москва «Медицинская книга» 2010 год.
8. Журналы Главная медицинская сестра №№1-12 за 2013 год, 1-6 за 2015 год.
9. Безопасное обращение с пациентами на дому. Перевод с английского О.В. Камаевой, И.Г. Ляпуновой. «Политехника». С-Петербург 2009 год
10. Руководство по перемещению пациентов. Е.Н. Корлетт. «Политехника». С-Петербург 2009 год
11. С.А. Агкацева . АНМИ. Москва. 2009 год. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в ЛПУ
12. Справочник старшей медицинской сестры. Составитель В.Евплов. Издание 5. Ростов-на-Дону. Феникс 2008 год
13. Дезинфекция и стерилизация в лечебном учреждении. Сборник документов, комментарий, рекомендаций. В.И. Евплов. Ростов-на-Дону. Феникс 2012 год
14. Справочник «Оборудование для дезинфекции и стерилизации».Я.Ю. Капацинский. Москва. 2014 год
15. Препараты для дезинфекции и стерилизации. Справочник. Я.Ю. Капацинский. Москва. 2015 год
16. Т.П.Обуховец «Основы сестринского дела». 14 издание.Ростов-на-Дону «Феникс» 2013 г.