

№ 4(40)

2013

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

**МЛАДШИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ**
Краткое руководство
по профессиональной подготовке



Подписка на «Старшую»: никогда не поздно!



Уважаемые коллеги! Подписаться на журнал «Старшая медицинская сестра» можно в любом почтовом отделении России – это вам давно и хорошо известно. Напоминаем, что в полугодие выходит 4 номера нашего журнала с самой полезной, важной и своевременной информацией по главным направлениям работы старших медицинских сестер!

Но не все еще знают, что оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2013 года, отправьте **880 руб.** (для частных лиц) или **1760 руб.** (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Получатель платежа – **ООО «Издательство «Медицинский проект».**

КБ ООО «МФ Банк», г. Москва

Р/сч 40702810400000000682 К/сч 30101810600000000361

БИК 044579361 ИНН 7728292626 КПП 772801001

Оплатить подписку через редакцию можно и электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу:

127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.

В строке «Для письменного сообщения» также напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО.

Информация о подписке по телефонам:

(495) 618-83-32; 664-20-42; 8-916-031-02-83.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

Краткое руководство
по профессиональной подготовке

Издательство
«Медицинский проект»
2013

Автор:

Мария Кузьминична Теликовская, директор ООО «Забота.Ру»

МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

Краткое руководство по профессиональной подготовке

Настоящий выпуск журнала является кратким руководством для медсестер и руководителей сестринских коллективов, которые организуют работу младшего медперсонала и планируют их обучение на уровне отделения или всего лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Освещены некоторые правовые вопросы деятельности санитарок ЛПУ, а также вопросы санитарно-гигиенического режима и общего ухода за больными.

Автор М.К. Теликовская – опытная медсестра с высшим медицинским образованием, в настоящее время возглавляет частную фирму по уходу за больными, ведет школы ухода за пациентами.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление.....	4
РАЗДЕЛ 1. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	5
1.1. Наименования должностей младшего медицинского персонала.....	5
1.2. Квалификационные характеристики по должностям младшего медицинского персонала.....	7
1.3. Должностные инструкции.....	11
1.4. Профессиональные стандарты по должностям младшего медицинского персонала.....	13
1.5. Требования к профессиональной подготовке младшего медицинского персонала.....	17
1.6. Нормирование труда младшего медицинского персонала.....	17
РАЗДЕЛ 2. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В РАБОТЕ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	20
2.1. Инфекционные и паразитарные болезни – угроза для пациентов и медицинского персонала.....	20
2.2. Гигиена рук в работе младшего медицинского персонала.....	25
2.3. Меры инфекционной безопасности при контакте с кровью и биологическими жидкостями.....	30
2.4. Изоляционные мероприятия.....	34
РАЗДЕЛ 3. УБОРКА В ПОМЕЩЕНИЯХ ЛПУ.....	39
3.1. Общие сведения об уборках в ЛПУ.....	39
3.2. Технологии очищения и дезинфекции поверхностей при уборках в ЛПУ.....	50
3.3. Инструкции по уборке помещений.....	58
РАЗДЕЛ 4. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ.....	66
4.1. Безопасность больного.....	66
4.2. Удобное положение в постели и перемещение.....	68
4.3. Личная гигиена больного.....	71
4.4. Профилактика пролежней.....	73
4.5. Выведение продуктов жизнедеятельности.....	74

Вступление

В деятельности лечебно-профилактических учреждений большую роль играет младший медперсонал, к которому относят младших медицинских сестер, санитарок, сестер-хозяек. Они выполняют важные функции по обеспечению санитарно-гигиенического режима и по уходу за больными.

Так, **младшая медицинская сестра (сестра по уходу за больными)** помогает палатной медицинской сестре в уходе за больными, проводит смену белья, обеспечивает содержание в чистоте и опрятности пациентов, отвечает за чистоту больничных помещений, участвует в транспортировке больных, следит за соблюдением пациентами больничного режима.

Сестра-хозяйка занимается хозяйственными вопросами, получает и выдает белье, моющие средства и уборочный инвентарь и непосредственно контролирует работу санитарок.

Круг обязанностей **санитарок** определяется местом их работы: работа в палатах, в буфетной, работа в помещениях общего назначения.

От укомплектованности ставок младшего медперсонала, от его квалификации и добросовестности нередко зависят показатели деятельности ЛПУ, скорость выздоровления больных, наличие осложнений и даже летальность. Между тем, к сожалению, сегодня редкое лечебное учреждение может похвастаться тем, что имеет полный состав санитарок и медсестер по уходу.

Какое-то время дефицит младшего медперсонала пытались компенсировать введением двухступенной системы обслуживания и передачей части функций санитарок медицинским сестрам. Сегодня стало ясно, что это тупиковое направление: качество ухода за больными заметно ухудшилось. Те, кто сталкивался с необходимостью организовать уход за заболевшими родственниками или знакомыми, знает, как трудно это осуществить. И проблема не только в том, что нет реальных физических лиц, которые могут взять на себя уход за больным. Нередко физическое лицо есть, но выясняется, что этот человек – санитарка или медсестра – не умеет ухаживать за больными: удобно укладывать в постели, осуществлять личную гигиену, помогать при туалете и т.п.

Остро стоит вопрос о возрождении профессии ухаживающего персонала. Кто научит неопытную санитарку или медсестру по уходу соблюдению санитарно-гигиенических норм и простейшим техникам ухода за больным? Раньше эти знания и навыки передавались из поколения в поколение: старые опытные санитарки учили молодых. Сегодня опытная санитарка – это своего рода реликт. Таким образом, сложившаяся в течение десятилетий система подготовки младшего медперсонала разрушилась. Ее восстановление – задача медицинских сестер-руководителей на уровне структурных подразделения и ЛПУ.

Настоящая брошюра является кратким руководством для медсестер и руководителей сестринских коллективов, которые организуют работу младшего медперсонала и планируют их обучение на уровне отделения или всего ЛПУ.

Раздел 1. Правовые вопросы деятельности младшего медицинского персонала

Организаторы деятельности младшего медперсонала сталкиваются с некоторыми типичными проблемами, которые будут освещены в настоящем разделе. Они связаны с правильным наименованием должностей уборщиц, санитарок и младших медсестер по уходу, определением их должностных обязанностей и норм труда, а также с организацией их обучения.

1.1. Наименования должностей младшего медицинского персонала

Вопрос: *Медицинские работники согласно ст. 350 ТК РФ имеют право на сокращенную рабочую неделю: она с учетом сокращенного на 30 минут рабочего времени в субботу не должна превышать 38,5 часа. Распространяется ли это право на санитарок и уборщиц учреждений здравоохранения?*

Поскольку указанное право касается медицинских работников, то необходимо выяснить, являются ли санитарки и уборщицы медицинскими работниками? Ответ на вопрос следует искать в номенклатуре должностей медицинских работников.

Из документа «**Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников**» (утв. приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н):

«1.5. Иные должности медицинских работников (младший медицинский персонал):

- младшая медицинская сестра по уходу за больными;
- санитар;
- санитар-водитель;
- сестра-хозяйка».

Как видно, в номенклатуре есть должность санитарки, т.е. она является медицинским работником, и нет должности уборщицы, которая, следовательно, медицинским работником не является. **Вывод:** санитарки имеют право на сокращенную рабочую неделю, а уборщицы – нет.

Менее определенной является ситуация, когда речь идет о санитарке-буфетчице или санитарке-ваннщице, так как этих должностей в номенклатуре медицинских работников нет. Впрочем, в случае конфликта с проверяющими органами можно сослаться на не отмененные еще приказы по штатному нормированию, где эти должности поименованы. Однако успех не гарантирован.

Еще острее вопрос встает, когда речь идет о назначении льготных пенсий санитаркам-буфетчицам инфекционных и противотуберкулезных учреждений. Приведем пример подобной судебной истории.

Спор по поводу досрочной пенсии

При определении права работницы на досрочную пенсию Пенсионный фонд отказался включить в стаж, дающий право на досрочную пенсию, 10 лет, которые она проработала санитаркой-буфетчицей туберкулезного отделения. В результате ей не хватило льготного стажа и в досрочной пенсии было отказано. Женщина подала иск в суд. В обосновании своего иска она отмечала, что, работая санитаркой-буфетчицей, она осуществляла уход за больными этого отделения, организовывала раздачу еды, кормление больных, проводила уборку столовой и буфетной. Свою должность истица совмещала с работой палатной санитарки туберкулезного отделения. Выполнение работы осуществлялось в условиях контакта с больными.

Представитель Пенсионного фонда в суде иск не признала, сославшись на обоснованность отказа в назначении пенсии в связи с недостаточностью специального стажа. Номенклатура должностей медицинских работников, а также перечень должностей работников здравоохранения, которые имеют право на досрочную пенсию, не содержат должности «санитарки-буфетчицы». Работником также не была предоставлена в Пенсионный фонд должностная инструкция, где указывалось бы на ее обязанность ухаживать за больными.

Представитель больницы, где работала истица, считала заявленные требования обоснованными и подлежащими удовлетворению, поскольку работа истицы осуществлялась в условиях контакта с больными.

Суд принял к сведению Указания Минздрава России от 26 апреля 1993 г. № 1-31-У «О порядке применения раздела XXIV Списка № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на льготное пенсионное обеспечение», где сказано, что при решении вопросов, связанных с назначением льготных пенсий среднему и младшему медицинскому персоналу, непосредственно обслуживающему больных, по Списку № 2, раздел XXIV следует руководствоваться следующим: «Непосредственное обслуживание больных» – это работа, выполнение которой осуществляется в условиях контакта медицинского работника и пациента. Выполнение ряда диагностических и лечебных процедур, мероприятий по уходу за больными, создание соответствующего лечебно-охранительного режима требуют непосредственного контакта персонала и пациентов». Также данными Указаниями Минздрава приведены примерные перечни видов деятельности младшего персонала, относящиеся к непосредственному обслуживанию больных, в которые, в частности, включено мытье посуды, раздача пищи, кормление больных и примерные перечни должностей младшего персонала, относящиеся к непосредственному обслуживанию больных. Однако должности санитарки-буфетчицы в этом перечне нет. Но, как сказано в Указаниях, приведенный перечень является примерным и окончательное решение по определению перечня рабочих мест и должностей, работники которых имеют право на льготное пенсионное обеспече-

ние, остается за администрацией, которая подтверждает характер работы и доводит до сведения работников. Суд изучил характер труда истицы на должности санитарки-буфетчицы, опросил свидетелей и выяснил, что она занималась непосредственной работой с больными. Она находилась в непосредственном контакте с больными, кормила их, убирала посуду, также ей приходилось еще мыть и стричь больных туберкулезного отделения, а также менять их постельные принадлежности.

С учетом изложенного суд решил, что отсутствие должностной инструкции истицы с указанием в ней на непосредственное обслуживание больных в туберкулезном отделении не влияет на фактическую и правовую сущность ее лечебной деятельности и ее право на досрочную пенсию. Представленные в суд лицевые счета, в которых указана надбавка 25% к заработной плате за вредность по основному месту работы, а также справка о количестве отработанных смен и часов подтверждали работу истицы на условиях полного рабочего дня и смены в туберкулезном отделении. Суд удовлетворил иск и обязал Пенсионный фонд включить в специальный стаж истицы период работы в должности санитарки-буфетчицы туберкулезного отделения.

Таким образом, при определении права работника на льготную пенсию Пенсионный фонд в первую очередь проверяет, есть ли должность, которую занимал работник в номенклатуре должностей медицинских работников и в Списке № 2, где перечислены должности работников, имеющих право на льготы. Действующей номенклатурой должностей должности санитарки-буфетчицы не предусмотрено. В Списке № 2 ее также нет. Далее сотрудники фонда обычно не разбираются и отказывают в льготной пенсии по формальным признакам. На этом основании в пенсии было отказано и санитарке-буфетчице из туберкулезного отделения.

Следовательно, для того чтобы обеспечить право санитарок-буфетчиц противотуберкулезных и инфекционных больниц на досрочную пенсию, необходимо переименовать должность санитарки-буфетчицы в должность санитарки, о чем работника следует уведомить в письменном виде не менее чем за 2 месяца. В противном случае из-за неправильного названия должности доказывать свое право на включение в стаж работы, дающей право на льготную (по Списку № 2) пенсию, санитарке-буфетчице придется через суд.

1.2. Квалификационные характеристики по должностям младшего медицинского персонала

Вопрос: Санитарку хирургического отделения обязали в свободное время набивать в компьютер выписные эпикризы. Законно ли это?

Нередко в трудовых коллективах возникают споры, можно ли обязать работника выполнять ту или иную работу. Разобраться в этом поможет ква-

лификационная характеристика по должности работника. Выполняемые им трудовые функции должны соответствовать его квалификации. Рассмотрим квалификационные характеристики по должностям младшего медперсонала.

Из документа «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»):

«IV. Должности младшего медицинского и фармацевтического персонала (извлечения)»

Младшая медицинская сестра по уходу за больными

Должностные обязанности. Оказывает помощь по уходу за больными под руководством медицинской сестры. Проводит несложные медицинские манипуляции (постановка банок, горчичников, компрессов). Обеспечивает содержание в чистоте больных, помещения. Обеспечивает правильное использование и хранение предметов ухода за больными. Производит смену постельного и нательного белья. Участвует в транспортировке тяжелобольных. Следит за соблюдением больными и посетителями правил внутреннего распорядка медицинской организации. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов. Осуществляет мероприятия по соблюдению правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Должен знать: приемы проведения несложных медицинских манипуляций; правила санитарии и гигиены, ухода за больными; правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Начальное профессиональное образование по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или среднее (полное) общее образование, дополнительная подготовка по направлению профессиональной деятельности без предъявления требований к стажу работы.

Сестра-хозяйка

Должностные обязанности. Руководит работой санитарок и уборщиц по содержанию в чистоте и порядке помещений медицинской организации (подразделения), обеспечивает обслуживаемое подразделение хозяйственным инвентарем, спецодеждой, предметами гигиены, канцелярскими принадлежностями, моющими средствами, постельным и

нательным бельем для больных. Производит смену халатов, полотенец работникам медицинской организации. Составляет заявки на ремонт помещений, оборудования, инвентаря и контролирует его проведение. Обеспечивает блоки питания (буфет, столовая) оборудованием, посудой и следит за правильной их маркировкой и использованием. Ведет учетно-отчетную документацию.

Должен знать: сроки годности используемого в медицинской организации (подразделении) белья и инвентаря; методы санитарной обработки инвентаря; условия эксплуатации и хранения инвентаря; формы учетно-отчетной документации и правила их заполнения; правила соблюдения санитарно-гигиенического режима в медицинской организации (подразделении); правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Среднее (полное) общее образование и дополнительная подготовка по направлению профессиональной деятельности без предъявления требований к стажу работы.

Санитарка

Должностные обязанности. Производит уборку помещений в медицинской организации. Помогает старшей медицинской сестре при получении медикаментов, инструментов, оборудования и доставке их в отделение. Получает у сестры-хозяйки и обеспечивает правильное хранение и использование белья, хозяйственного инвентаря, посуды и моющих средств. Убирает прикроватные столики у лежащих больных после каждого приема пищи. По указанию палатной медицинской сестры сопровождает больных в лечебно-диагностические кабинеты. Выполняет функции курьера, осуществляет мойку аптечной посуды. Сообщает сестре-хозяйке о неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации и в электроприборах. Осуществляет подготовку помещения и ванн. Систематически (после каждого больного) осуществляет санитарно-гигиеническую обработку ванны и мочалок. Оказывает помощь больным при приеме гигиенической ванны, при раздевании и одевании. При отсутствии младшей медицинской сестры по уходу за больными получает у сестры-хозяйки нательное и постельное белье и производит его смену. Получает готовую пищу на пищеблоке, проверяет ее по весу и счету. Расписывается в раздаточной ведомости. Производит подогрев пищи. Производит раздачу больным пищи в горячем виде согласно меню и назначенной диете. Производит мытье посуды, уборку буфетной и столовой, соблюдая санитарные требования. Систематически производит уборку холодильников, предназначенных для хранения продуктов больных. Обеспечивает санитарно-гигиеническое содержание буфетной и столовой. Своевременно информирует руководство отделения о необходимости ремонта оборудования и инвентаря буфетной.

Должен знать: правила санитарии и гигиены труда; назначение моющих средств и правила обращения с ними; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Среднее (полное) общее образование без предъявления требований к стажу работы.

Санитар-водитель

Должностные обязанности. Выполняет вместе с фельдшером переноску, погрузку и разгрузку больных и пострадавших при их транспортировке, оказывает помощь врачу и фельдшеру при выполнении ими диагностических и лечебных манипуляций, переносит медицинскую аппаратуру. Оказывает помощь медицинскому персоналу в сопровождении больных. Управляет автомобилем скорой медицинской помощи, отнесенным к одной из категорий «В» или «С». Заправляет автомобиль топливом, смазочными материалами и охлаждающей жидкостью. Оформляет путевые документы. Проверяет техническое состояние и прием автомобиля перед выездом на линию. Сдача автомобиля и постановка его на отведенное место по возвращении с работы. Устраняет возникшие во время работы на линии мелкие эксплуатационные неисправности подвижного состава, не требующие разборки механизмов. Осуществляет санитарно-гигиеническую обработку салона автомобиля после каждого больного (пострадавшего). Сообщает о неисправностях автомобиля.

Должен знать: правила эксплуатации используемого медицинского инструментария и оборудования; правила техники безопасности при работе с медицинскими инструментами и оборудованием; психологию профессионального общения; основы медицины катастроф; санитарно-гигиеническое содержание медицинского салона; правила санитарии и гигиены труда; назначение моющих средств и правила обращения с ними; Правила дорожного движения; основы безопасности движения; правила технической эксплуатации автомобилей (относящиеся к водителям); основные показатели работы автомобилей, пути и способы повышения производительности труда; признаки, причины и опасные последствия неисправностей, возникающих в процессе эксплуатации автомобиля, способы их обнаружения и устранения; порядок проведения технического обслуживания автомобилей и прицепов; правила хранения автомобилей в гаражах и на открытых стоянках; правила эксплуатации аккумуляторных батарей и автомобильных шин; влияние погодных условий на безопасность вождения автомобиля; способы предотвращения дорожно-транспортных происшествий; приемы оказания первой помощи при несчастных случаях; правила заполнения первичных документов по учету работы автомобиля; правила обкатки новых автомобилей и после капитального ремонта; порядок экстренной эвакуации пассажиров при дорожно-транспортных происшествиях;

основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Среднее (полное) общее образование. Специальная подготовка по программам оказания первой помощи. Право на управление автомобилем категории «В», стаж работы водителем автомобиля не менее 3 лет.

Как видно, в квалификационной характеристике санитарки нет требований уметь работать с медицинской документацией и иметь навыки работы на компьютере. А значит, никто не имеет права вменить ей в обязанность печатать выписные эпикризы.

1.3. Должностные инструкции

Вопрос: *Санитарок приемного отделения обязали выполнять курьерские функции. Санитарок отделения реанимации привлекли к транспортировке трупов в морг. Законно ли это?*

Трудовые обязанности каждого работника определяются его должностными инструкциями. Необходимо твердо понимать, что единых должностных инструкций для всех санитарок или младших медсестер по уходу в нашей стране нет и не может быть. Они составляются в каждом ЛПУ и для каждого рабочего места индивидуально. Все зависит от конкретных условий работы. Так, в одном кабинете в обязанности санитарки может входить выполнение курьерских функций, например, по доставке проб для исследования в лаборатории, а в другом – нет. В должностных инструкциях также должно быть определено, чьи указания должен выполнять работник и кто ему обязан предоставлять необходимую для работы информацию. Приведем пример действующей должностной инструкции для медсестры по уходу в реанимационном отделении одного из крупных ведомственных стационаров.

Должностная инструкция младшей медицинской сестры по уходу

1. Общие положения

1.1. *На должность младшей медицинской сестры по уходу за больными назначается лицо с образованием не ниже незаконченного среднего и окончившее курсы младших медицинских сестер по уходу за больными. Необходимо также проводить специальное обучение на рабочем месте после зачисления на должность.*

1.2. *Младшая медицинская сестра по уходу за больными назначается на должность и увольняется с должности на основании приказа главного врача по представлению заведующего отделением и старшей медицинской сестры.*

1.3. *Младшая медицинская сестра по уходу за больными в своей работе подчиняется старшей медицинской сестре отделения, палатной медицинской сестре.*

1.4. В своей работе младшая медицинская сестра по уходу за больными руководствуется положением об отделении анестезиологии-реаниматологии и отделении реаниматологии и интенсивной терапии, правилами внутреннего трудового распорядка отделения, настоящей должностной инструкцией.

2. Младшая медицинская сестра по уходу за больными обязана:

2.1. Помогать палатной медицинской сестре отделения в уходе за больными (кормление, умывание и подмывание больных).

2.2. Обеспечивать содержание в чистоте и опрятности больных, для чего производить своевременное перестилание постелей больных, проводить санитарно-гигиенические мероприятия по уходу за больными (вынос судна, лотков с последующей их обработкой дезсредствами).

2.3. Систематически проводить влажную уборку, проветривание палат. Для уборки палат должна располагать необходимым инвентарем и приспособлениями.

2.4. Следить за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима и техники безопасности.

2.5. Участвовать в перекладывании и транспортировке больных.

2.6. Участвовать в перекладывании трупов для доставки в морг.

2.7. Оказывать помощь в доставке белья, инвентаря и другого имущества, доставлять пищу и осуществлять кормление больных.

2.8. Соблюдать правила пожарной безопасности. В случае возникновения пожара в отделении принимать участие в эвакуации больных, имущества и оборудования.

3. Младшая медицинская сестра по уходу за больными имеет право:

3.1. Требовать от администрации отделения в необходимом количестве доброкачественный инвентарь для уборки палат, ухода за больными, средства малой механизации.

3.2. Вносить предложения администрации отделения по улучшению организации условий труда.

3.3. Участвовать в занятиях по сантехминимуму для младшего персонала.

3.4. Информировать сестру-хозяйку отделения обо всех неисправностях отопительной, осветительной и других систем.

4. Младшая медицинская сестра по уходу за больными несет ответственность за:

4.1. Четкое и своевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, правилами внутреннего трудового распорядка отделения.

Обратим внимание на пункт 2.6. о транспортировке трупов – его включение в должностную инструкцию объясняется особенностями работы отделения реанимации. Обратим также внимание на обязательное участие медсестры в обучении в рамках сантехнического минимума для младшего медперсонала.

В инструкции нет указаний на выполнение курьерских обязанностей. Это ни хорошо и ни плохо – это просто отражает ситуацию в конкретном отделении, для которого составлена данная инструкция. Одновременно хотелось бы обратить внимание на один недостаток приведенной инструкции: в ней не определена обязанность медсестры по уходу информировать палатную медсестру или врача о замеченных ею изменениях в состоянии больного, например о появлении неадекватной реакции на ее обращение.

1.4. Профессиональные стандарты по должностям младшего медицинского персонала

Вопрос: Составление должностных инструкций для различных групп персонала нередко вызывает затруднения. Поэтому многие руководители предпочитают использовать разнообразные сборники готовых инструкций, несмотря на то что те далеко не всегда соответствуют сложившейся практике работы в их ЛПО. Где же искать помощи?

Мы предлагаем читателю обратиться за помощью к проектам профессиональных стандартов по должностям среднего и младшего медперсонала.

В настоящее время в стране идет масштабная работа по составлению профессиональных стандартов для всех отраслей народного хозяйства, в том числе и для работников здравоохранения. В частности, проекты профессиональных стандартов по должностям младшего и среднего медперсонала были разработаны Российской ассоциацией медицинских сестер (РАМС).

В настоящее время вопросы, относящиеся к профессиональным стандартам, находятся в компетенции Министерства труда и социальной защиты РФ.

Профессиональные стандарты должны включать в себя требования к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям медицинского персонала. В них перечисляются **основные трудовые функции** по каждой должности, **трудовые действия** по каждой функции и **перечень знаний, умений и навыков**, необходимых для выполнения этих действий.

Приведем пример* того, как могут быть сформулированы основные трудовые функции санитарки и других работников из числа младшего медперсонала. Именно эти перечни трудовых функций в первую очередь могут пригодиться, когда не удастся найти подходящую формулировку при разработке должностных инструкций.

«Трудовые функции санитарки

Проведение гигиенических процедур больным.

Проведение уборки палат.

Санитарное содержание палат.

Проведение уборки кабинетов, отделений хирургического профиля.

* Примеры взяты из проектов профессиональных стандартов, разработанных РАМС.

Выполнение вспомогательных санитарных работ в кабинетах, отделениях хирургического профиля.

Удаление медицинских отходов.

В отличие от санитарки, в проект стандарта уборщицы входит только:

Уборка общих помещений в лечебно-профилактической организации (ЛПО).

Уборка санитарных узлов и туалетных комнат в ЛПО.

Осуществление сбора, временного хранения и транспортировки отходов в ЛПО.

Медсестра по уходу имеет более широкий перечень трудовых функций по сравнению с санитаркой:

Общий медицинский уход за пациентами с недостаточностью самоухода.

Поддержание лечебно-охранительного режима в ЛПО.

Поддержание инфекционной безопасности больничной среды.

Определение недостаточности (дефицита) самоухода у пациентов.

Транспортировка, сопровождение и перемещение пациентов.

Общий гигиенический уход за пациентами с недостаточностью самоухода.

Кормление пациентов с ограниченными возможностями ухода за собой.

Выполнение простейших медицинских манипуляций сестринского ухода.

Оказание пособий и ухода при физиологических отправлениях.

Оказание первой медицинской помощи.

Общий медицинский уход за умирающим.

Санитарное просвещение и обучение пациентов/семьи навыкам общего ухода».

Таким образом, профессиональный стандарт сперва определяет трудовые функции по должностям, а далее по каждой трудовой функции дается подробная расшифровка трудовых действий, которые необходимо выполнить для ее осуществления. К примеру, осуществляя проведение гигиенических процедур больным, санитарка согласно проекту стандарта должна выполнять следующие действия (см. ниже).

«Трудовые действия при проведении гигиенических процедур больным:

– получение медицинской информации об объеме санитарной обработки пациента;

– согласование объема и вида работ с медицинской сестрой;

– получение у сестры-хозяйки белья, моющих и чистящих средств, хозяйственного инвентаря;

- подготовка ванной комнаты к проведению гигиенических процедур;
- выдача больному мыла, полотенца, комплекта чистого нательного белья, пижамы, тапочек;
- проведение специальной санитарной обработки пациента в приемном отделении в соответствии с назначением врача;
- сопровождение (транспортировка) пациента в палату после гигиенической ванны (душа);
- информирование больного о возможности нахождения в стационарах в домашней одежде, использования предметов личной гигиены;
- отправление личной одежды и обуви пациента на хранение или передача на хранение его родственникам (знакомым);
- отправление личной одежды больных инфекционными заболеваниями для камерной дезинфекции в установленном порядке;
- проведение плановой гигиенической обработки больных;
- оказание пособий при физиологических отправлениях пациентам с недостаточностью самоухода;
- уборка, поддержание санитарного состояния и порядка в ванной комнате;
- проведение сбора грязного больничного белья;
- передача грязного белья в центральную бельевую;
- соблюдение охраны труда и противопожарной безопасности;
- оказание первой помощи при аварийных ситуациях, травмах, случайных отравлениях, несчастных случаях».

И наконец, в проекте стандарта раскрывается, какие знания, умения и навыки должны иметь работники, чтобы выполнить необходимые трудовые действия. Так, для того чтобы осуществить перечисленные действия по выполнению гигиенических процедур, санитарка должна уметь:

- «– обеспечивать общение на основе уважительного отношения к другим;
- соблюдать правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим ЛПО;
- подготавливать и обеспечивать хранение больничного комплекта чистого нательного белья, пижам, тапочек для пациентов;
- применять спецодежду и средства индивидуальной защиты;
- выполнять по инструкции/алгоритму обеззараживание рук;
- проводить санитарную обработку больного по назначению врача в соответствии со стандартами технологий;
- оказывать пособие в принятии душа или ванны, выполнять влажное обтирание, стрижку ногтей и другие гигиенические процедуры пациентам с недостаточностью самоухода;
- пользоваться специальной каталкой для проведения гигиенических процедур пациенту;

- проводить все виды уборок ванной комнаты в соответствии с нормативными документами;
- осуществлять сопровождение пациента из ванной комнаты в палату;
- осуществлять сбор, сортировку и вынос грязного белья в установленном порядке;
- оказывать первую помощь при травмах, отравлениях, несчастных случаях;
- соблюдать меры охраны труда и противопожарной безопасности, пользоваться средствами пожаротушения;
- корректировать собственную деятельность на основе решений руководителя и рабочего коллектива».

Кроме того, для выполнения необходимых профессиональных действий по гигиене больных согласно проекту стандарта санитарка должна знать:

- «– требования профессионального стандарта и должностные обязанности;
- правила бесконфликтного поведения при общении с пациентами и сотрудниками, окружением;
- основы законодательства об охране здоровья граждан;
- правовое обеспечение деятельности младшего медицинского персонала ЛПО;
- лечебно-охранительный режим ЛПО;
- требования к правилам личной гигиены больных и медперсонала лечебного учреждения в соответствии с нормативными документами;
- порядок хранения личной одежды и обуви пациента в ЛПО;
- порядок отправления личной одежды больных инфекционными заболеваниями для камерной дезинфекции;
- санитарные правила и нормы содержания помещений, оборудования, инвентаря в ЛПО;
- стандартные меры обеспечения инфекционной безопасности пациента и персонала;
- методы, приемы и средства эргономичного перемещения пациентов, тяжестей;
- физиологические потребности пациента и их нарушения, степени недостаточности самоухода;
- стандарты технологий (алгоритмы) санитарной обработки пациента и гигиенического ухода;
- стандарты технологий (алгоритмы) оказания пособий при физиологических отправлениях пациентам с недостаточностью самоухода;
- правила и нормы охраны труда, противопожарной безопасности, эксплуатации оборудования;
- алгоритмы первой помощи при аварийных ситуациях, травмах, случайных отравлениях, несчастных случаях».

Аналогичным образом в данном проекте стандарта расписаны и остальные трудовые функции санитарки и других медицинских работников из числа младшего и среднего персонала.

Очевидно, что профессиональные стандарты после получения официального статуса помогут точнее определить профессиональные обязанности работников, а также проводить их профессиональную подготовку и оценивать профессиональную квалификацию. Пока же различными проектами стандартов, в том числе и теми, что подготовила РАМС, можно пользоваться только как методическими материалами.

1.5. Требования к профессиональной подготовке младшего медицинского персонала

Вопрос: *Какую профессиональную подготовку должна иметь младшая медсестра по уходу?*

Уровень профессиональной подготовки работников определяется их квалификационными характеристиками. Так, согласно квалификационным характеристикам санитарка вообще не обязана иметь специальной профессиональной подготовки – только общее среднее образование. Сестра-хозяйка должна иметь дополнительную профессиональную подготовку, однако подробности не уточняются. О младшей медсестре по уходу сказано, что она может иметь начальное образование по специальности «Сестринское дело» или дополнительную профессиональную подготовку в дополнение к среднему общему образованию. Требования к такой подготовке пока не установлены.

Таким образом, пока Минздрав России не установил дополнительных требований к подготовке младшего медперсонала, чтобы соответствовать квалификационным характеристикам, сестры-хозяйки и младшие медсестры по уходу должны как минимум пройти эту подготовку на базе ЛПО, где они работают. В свою очередь, ЛПО должны обеспечить им такое обучение. Его можно проводить на рабочем месте и силами своего персонала – эпидемиолога, инженера по охране труда, медицинских сестер и врачей. Программа обучения может быть составлена исходя из квалификационных характеристик, проектов профессиональных стандартов, о которых говорилось выше, а также с учетом особенностей конкретной ЛПО и конкретных рабочих мест.

1.6. Нормирование труда младшего медицинского персонала

Вопрос: *Работаю санитаркой в терапевтическом отделении больницы. Какая площадь уборки мне положена на ставку?*

Обычно должность санитарки вводят из расчета 1 круглосуточный пост на 25 коек стационара.

Конкретная площадь для уборки помещений, количество больных для обслуживания, выполнение другой работы, входящей в должностные обязанности, т.е. установление норм труда, определяются нанимателем с участием

профсоюзов. При этом они могут ориентироваться на нормативы по уборке помещений, разработанные для других отраслей. Приведем некоторые из них.

Из приказа Минюста РФ от 04.08.1999 № 227 «Об организационно-штатных вопросах по учебным центрам (пунктам) уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации»:

«17. Численность обслуживающего персонала определяется из расчета 1 уборщица на 400 кв. м служебной площади или 600 кв. м мест общего пользования».

Из постановления Госкомтруда СССР, Секретариата ВЦСПС от 15.12.1986 № 527/30-47 «Об утверждении временного типового положения о территориальном центре профессиональной ориентации молодежи, типовых структуры и штатов центров, условий оплаты труда их работников»:

«5. Должность уборщицы устанавливается из расчета 0,5 единицы на каждые 250 кв. м убираемой площади».

Из приказа Минкультуры СССР от 19.10.1984 № 552 «Об утверждении типовых штатов и структуры управления средних специальных учебных заведений системы Министерства культуры СССР и штатных нормативов обслуживающего персонала общежитий этих учебных заведений»:

«12. Должность уборщицы вводится из расчета 1 единица на каждые 600 кв. м площади, подлежащей уборке, но не менее одной единицы на учебное заведение. Для хореографических и художественных училищ должность уборщицы предусматривается из расчета 1 единица на каждые 500 кв. м, а в училищах искусств, ведущих подготовку по этим специальностям, – 1 единица на каждые 550 кв. м площади, подлежащей уборке. Дополнительное количество должностей уборщиц устанавливается при работе учебного заведения в две смены из расчета 0,12 единицы уборщицы, а более двух смен – 0,3 единицы уборщицы соответственно на каждые 500, 550, 600 кв. м убираемой площади».

Из приказа Минкультуры РСФСР от 24.06.1980 № 355 «О введении в действие временных типовых штатов сельских централизованных клубных систем Министерства культуры РСФСР»:

«3. В штаты центрального дома культуры, дома культуры – филиала и клуба-филиала вводятся должности:

а) 0,5 единицы уборщицы – при наличии убираемой площади до 300 кв. м и до 5 печей;

б) одна единица уборщицы – при наличии убираемой площади до 300 кв. м и свыше 5 печей;

в) одна единица уборщицы – на каждые 300 кв. м убираемой площади и 0,5 единицы – на каждые последующие 150 кв. м убираемой площади».

Из приказа Минпроса СССР от 29.08.1979 № 165 «Об утверждении Типовых штатов специальных школ-интернатов для детей с дефектами умственного или физического развития»:

«10. Должность уборщицы устанавливается из расчета 1 единица на 400 кв. м убираемой площади и дополнительно по 0,25 единицы на каждый подготовительный, I–IV классы».

Из приказа Минкультуры СССР от 29.01.1979 № 53 «Об утверждении временных типовых штатов централизованных библиотечных систем Министерства культуры СССР»:

«16. В центральную библиотеку и в библиотеки-филиалы вводятся следующие должности:

а) 0,5 единицы уборщицы устанавливается в библиотеках, имеющих убираемую площадь до 300 кв. м и до 5 печей. Одна единица уборщицы-истопника может быть установлена в библиотеке, имеющей убираемую площадь до 300 кв. м и свыше 5 печей».

Раздел 2. Инфекционный контроль в работе младшего медицинского персонала

2.1. Инфекционные и паразитарные болезни – угроза для пациентов и медицинского персонала

В деятельности младшего медперсонала большую роль играют меры по профилактике инфекционных заболеваний. От их тщательного выполнения во многом зависит инфекционное благополучие пациента. Известны примеры, когда единичный случай небросовестности одной санитарки стал причиной заболевания десятка больных. Не менее важна инфекционная безопасность самих работников, здоровье которых подвергается разнообразным инфекционным рискам. Они должны знать эти риски и уметь защититься от них. Деятельность по предотвращению распространения инфекционных болезней в современной литературе называют инфекционным контролем. Настоящий раздел посвящен вопросам инфекционного контроля в работе младшего медперсонала.

2.1.1. Микроорганизмы – возбудители инфекционных болезней

Причиной многих заболеваний человека являются живые существа: насекомые (педикулез – вши, чесотка – чесоточный зудень), глисты (энтеробиоз – острицы), микроорганизмы (грипп – вирус гриппа, дизентерия – дизентерийная палочка, гепатит – вирусы гепатита, наиболее распространенные виды язвы желудка – хеликобактер). **Болезни, причиной которых являются живые организмы, называют паразитарными и инфекционными.** Так, энтеробиоз – это паразитарное заболевание, вызванное глистами острицами, а грипп – инфекционное заболевание вирусной природы. В просторечье эти болезни называют «заразными», потому что они способны передаваться от больного (человека или животного) здоровому (при прямом контакте или через непрямые взаимодействия). Персонал, ухаживающий за пациентами, должен знать об опасности заражения инфекционными и паразитарными болезнями и о путях предотвращения такого заражения. Необходимо понимать, что эти болезни угрожают пациентам, медицинскому персоналу, а также посетителям медицинской организации и тем, кто может столкнуться с отходами ее функционирования.

Находясь на работе, санитарка, молодая девушка 19 лет, вечером прилегла отдохнуть, взяв подушку со свободной кровати. Уже на следующий день у нее возник зуд головы, который не проходил несколько дней. Измучавшись, она попросила врача посмотреть ее. При осмотре в волосистой части головы были обнаружены вши.

Как выяснилось, на кровати, откуда девушка взяла подушку, лежал социально неблагополучный пациент с педикулезом. Его выписали, однако экстренное извещение на заболевшего больного не подавали, дезинфекционных мероприятий не проводили.

После однократной обработки головы эффективным противопедикулезным средством заболевание не рецидивировало.

Уборщица, зайдя в кладовку, где хранилось грязное белье, оступилась и упала на находящийся в этой же кладовой целлофановый мешок с использованными шприцами. При этом она поранилась острой иглой. Через несколько месяцев у женщины развился гепатит С в тяжелой форме, от которого она скончалась. При разборе случая предположили, что заражение с большой степенью вероятности произошло при травмировании иглой.

Санитарка, проводившая уборку в отделении реанимации, заразилась крымской геморрагической лихорадкой и умерла. Как выяснилось, в палате, которую она убирала, лежала больная с КГЛ, осложнившейся геморрагической пневмонией. Диагноз был поставлен не сразу. Персонал, который контактировал с больной, адекватных мер защиты не предпринимал. Кроме санитарки, от больной заразились еще 5 человек.

2.1.2. Источники заражения и пути передачи инфекционных (паразитарных) болезней

Больной (носитель инфекции)

Как правило, именно больной человек заносит возбудителя в лечебное учреждение. Прямой контакт с ним при прикосновении руками или при вдыхании «общего» воздуха часто ведет к передаче возбудителя от больного к здоровому. Занести инфекцию может и пациент, и работник медучреждения.

Медсестра по уходу вынесла за лежачим пациентом судно. При этом она не использовала перчатки и недостаточно тщательно вымыла руки. Через несколько дней у медсестры появились симптомы дизентерии. При сборе эпиданамнеза выяснилось, что больной стоит на учете в инфекционном кабинете как хронический носитель дизентерийной инфекции, которую он перенес несколько лет назад. В данном случае источником инфекции был пациент. Контактно-бытовой путь передачи инфекции был реализован через контакт рук медсестры с судном.

После того как в отделение поступил больной с симптомами ОРВИ, такие же симптомы появились через несколько дней у персонала, который обслуживал палату, где он лежал: заболели медсестра и са-

*нитарка. Вероятнее всего, вирус был передан по воздуху. **Источник инфекции – поступивший в отделение пациент (занос инфекции), осуществлен воздушно-капельный путь передачи.***

*В отделении новорожденных возникла вспышка ВБИ, вызванная золотистым стафилококком. При расследовании вспышки было обнаружено, что с заболевшими малышами работала медсестра с множественными фурункулами, вызванными тем же стафилококком. **Источник инфекции – больная медсестра.***

Последний пример указывает на очень важный момент: младший медперсонал должен хорошо понимать, что воспалившиеся раны, нагноения и т.п. на коже рук – это инфекционные, «заразные» заболевания и что их руки в этот момент являются источником инфекции, они угрожают здоровью больных. Младший персонал различных подразделений должен быть четко проинструктирован, что делать при появлении гнойно-септических проявлений на коже. Так, в отделениях новорожденных персонал с такими кожными заболеваниями отстраняется от работы до излечения. В общетерапевтических отделениях, к примеру, отстранения от работы не требуется – достаточно заклеить поврежденный участок кожи пластырем и работать в перчатках.

Выделения и биологические жидкости больного

Нередко опасный контакт, послуживший причиной инфекционного заболевания, происходит не с больным, а с его выделениями или биологическими жидкостями (материалами). Так, кровь больных вирусными парентеральными гепатитами, СПИДом и многими другими болезнями содержит возбудителей этих болезней в достаточных количествах для того, чтобы при попадании в ранку (укол, порез, ссадину и т.п.) или на слизистые вызвать заболевание. Причем источником инфекции может стать не только жидкая кровь, к примеру, из пробирки, но и высохшие брызги крови на стене или на полу, кровь на простыне или полотенце, на женских прокладках, следы крови в использованных инструментах, шприцах, иглах и т.п. Помимо крови, возбудители могут находиться в плазме, асцитической жидкости, слюне, слезах, сперме, влагалищных выделениях и т.п. Любой предмет или жидкость, загрязненные кровью больного или перечисленными выше жидкостями человека, могут стать источником заражения.

Санитарка несла в лабораторию пробирку с кровью. Споткнувшись, она упала и пробирка разбилась. Кровь при этом разлилась и попала на кожу в том месте, где была свежая ссадина от падения. Как выяснилось, у больного, чью кровь санитарка несла в лабораторию, был острый гепатит В. Через несколько месяцев санитарка заболела гепатитом В.

Объекты окружающей среды

Источником инфекции может стать любой объект окружающей среды, на

который попали болезнетворные возбудители: дверные ручки, судно, которым пользуется больной, полотенце, висящее около раковины, вода в ведре для мытья полов, грязное белье и др.

*В перинатальном центре возникла вспышка внутрибольничной инфекции, от которой скончались 4 новорожденных. При расследовании было выяснено, что причиной вспышки была бактерия *Klebsiella pneumoniae*. Посевы смывов с предметов окружающей среды показали, что клебсиелла присутствовала почти на всех исследуемых поверхностях.*

У младшего медперсонала должны быть сформированы четкие представления, что палаты и кабинеты, где они работают, обильно населены микроорганизмами, многие из которых способны вызвать тяжелые заболевания у пациентов и самих медработников. Эти микроорганизмы находятся:

- на руках больных и персонала;
- на поверхностях дверных ручек, выключателей, кранов раковин, на тумбочках, спинках кроватей, на стенах и полах и т.п.;
- в воздухе: микроорганизмы переносятся на каплях аэрозолей (воздушно-капельная передача), на частичках пыли (воздушно-пылевая);
- на одежде и постельном белье больных, на полотенцах, халатах персонала и т.п.;
- на предметах ухода и изделиях медицинского назначения;
- в медицинских отходах;
- на клавиатуре компьютеров в ординаторской и на сестринском посту, на поверхности телефонных трубок и др.

Золотистый стафилококк – возбудитель гнойно-септических инфекций. Контаминирует поверхности (белье, мебель, стены) вокруг пациента – источника инфекции. Хорошо чувствует себя в сухой среде.

Сальмонелла – возбудитель внутрибольничного сальмонеллеза, может разноситься по помещениям с потоками пыли.

Вирус гепатита В – возбудитель инфекционного гепатита, может содержаться в высохших каплях крови и биологических жидкостей на стенах, на полу, на прикроватном столике и т.п.

Синегнойная палочка – возбудитель тяжелых инфекций различной локализации, предпочитает влажную среду – раковины, краны, влажные полотенца, влажную ветошь для уборки. При выработке устойчивости к дезинфектантам может находиться в рабочем растворе, предназначенном для уборки.

Пути передачи инфекции

Очень важно сформировать у младшего медперсонала четкие представления о путях передачи инфекции. Для медсестер по уходу и санитарок наиболее важным является понимание контактно-бытового пути передачи через руки медперсонала.

Рассмотрим типичную цепочку. Больной гриппом чихнул и прикрыл рот рукой. При этом вирусы, выделившиеся из его дыхательных путей, попали на кожу руки. Когда мужчина взялся за дверную ручку, вирусы немедленно контаминировали ее. Вслед за мужчиной в комнату вошла женщина с ребенком. Когда она взялась за ручку двери, вирусы оказались на поверхности кожи ее руки. Через некоторое время у женщины зачесался нос, и она потерла его рукой. В этот момент вирусы попали на слизистую носа. А, как известно, слизистые верхних дыхательных путей являются входными воротами для ОРВИ, в том числе и для вируса гриппа. Через несколько дней женщина заболела.

2.1.3. Как предотвратить распространение инфекции?

Обсуждая мероприятия по профилактике, мы будем говорить о тех мерах, которые входят в компетенцию младшего медицинского персонала.

Существует ряд относительно простых мер, которые позволят не допустить распространения инфекции при уходе за больным. Среди них главная – **мытьё рук**, поскольку руки – это главный фактор передачи инфекции от одного объекта к другому. Очень важно **поддерживать чистоту всех поверхностей в помещении**: для этого проводят их мытьё и обработку с помощью дезинфицирующих средств. Необходимо также **поддерживать чистоту воздушной среды** в помещениях: для этого проводят регулярное проветривание, используют «кварцевание» воздуха. Особое внимание необходимо уделять **правилам гигиены при выполнении ряда процедур по уходу за больным**: при подаче и выносе утки (суда), смене калоприемников, опорожнении емкостей с мочой, если используется мочевого катетер, при уборке плевательниц, смене белья. **Уборка отходов** (перевязочных средств, одноразовых предметов ухода и т.п.) также требует строгого соблюдения определенных правил, о которых будет сказано ниже.

При уходе за больным следует использовать **рабочую одежду (халат, шапочку) и средства индивидуальной защиты (перчатки, маски)**.

Медицинский персонал, ухаживающий за больными, должен быть знаком с наиболее яркими признаками инфекционных заболеваний, чтобы своевременно **предпринять все необходимые меры по изоляции больного** и другие меры. Например, при обнаружении вшей необходимо сообщить врачу, а также предпринять меры по обработке головы и дезинфекции белья; больного с признаками гриппа следует изолировать в отдельную палату, а при входе в нее надевать маску и перчатки. Если у больного замечены нарушения стула, следует изолировать пациента и повысить внимание к мытью рук и уборке суден. Назначение более полного комплекса мероприятий – это компетенция врача и эпидемиолога.

Рассмотрим три наиболее важных направления инфекционного контроля, которым должны владеть все работники из числа младшего медперсонала: мероприятия по гигиене рук, профилактику гемоконтактных инфекций и изоляционные мероприятия.

2.2. Гигиена рук в работе младшего медицинского персонала

2.2.1. Руки медперсонала – основной переносчик инфекции в медицинском учреждении

Известен **эксперимент**: на поверхность дверной ручки в палате обычного терапевтического отделения нанесли живую культуру неопасного для здоровья человека бактериофага (вирусной частицы, способной уничтожать бактерии). Далее с интервалом в 30 минут брали смывы с поверхностей различных предметов внешней среды отделения: других дверных ручек, поверхностей столов в столовой, телефонных трубок, посуды, фонендоскопов и т.п. Через час уже половина смывов дала положительную реакцию: в них был обнаружен бактериофаг. А через два часа все смывы были положительными, даже те, что были взяты в помещениях, находящихся на противоположном конце отделения. Этот эксперимент – модель распространения вирусных инфекций с контактно-бытовым путем передачи через руки персонала и пациентов.

Всемирная организация здравоохранения настаивает: более 80% случаев внутрибольничных заражений происходит через руки медперсонала. Поэтому **основной мерой борьбы с инфекциями в ЛПУ является тщательная гигиена рук**. Это требование в полной мере относится и к младшему медперсоналу: младшие медсестры по уходу и санитарки должны знать правила гигиены рук и тщательно соблюдать их.

2.2.2. Мытье и обработка рук антисептиком

Мытье и обработка рук – самое главное мероприятие по защите от распространения инфекций в ЛПУ.

Когда нужно мыть руки?

- Приходя на работу.
- Перед и после непосредственного контакта с пациентом.
- Если был риск загрязнения мочой, рвотными массами и т.п.
- После посещения туалета.
- После кашля, чихания, сморкания.
- Перед раздачей пищи и кормлением больного.
- После курения.
- Перед тем, как прикасаться к чистому белью.
- После любых манипуляций с грязным бельем.
- Перед уходом домой.

<p>Перед контактом с пациентом</p>	<p>Когда? Необходимо мыть руки перед контактом с пациентом или приближением к нему. Почему? Для защиты пациента от болезнетворных микроорганизмов, которые переносятся на руках.</p>
<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Жесты вежливости и поддержки: пожатие рук, поглаживание по руке. • Непосредственный физический контакт: помощь пациенту при передвижении, мытье, массаж. • Клинический осмотр: измерение пульса, кровяного давления, аускультация грудной клетки, пальпация живота. 	
<p>Если был риск загрязнения жидкостями</p>	<p>Когда? Мыть руки немедленно после возможно имевшего место контакта с жидкостями организма (и после снятия перчаток). Почему? Для защиты персонала и среды медицинского учреждения от болезнетворных микроорганизмов пациента.</p>
<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контакт со слизистыми оболочками и поврежденными кожными покровами, как указано в показаниях «перед выполнением манипуляций, требующих стерильности». • Контакт с медицинскими устройствами или клиническими препаратами: взятие и обработка любого анализа биологической жидкости, установка системы сосудистого доступа или системы дренажа, установка и удаление интубационной трубки. • Уборка мочи, кала, рвотных масс. • Уборка мусора (бинтов, салфеток, подгузников), очищение загрязненных и явно загрязненных материалов и зон (туалеты, медицинские инструменты). 	
<p>После контакта с пациентом</p>	<p>Когда? Мыть руки после прикосновения к пациенту или окружающим его предметам, после ухода из палаты. Почему? Для защиты персонала и среды медицинского учреждения от болезнетворных микроорганизмов пациента.</p>
<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Жесты вежливости и поддержки: пожатие рук, поглаживание по руке. • Непосредственный физический контакт: помощь пациенту при передвижении, мытье, массаж. • Клинический осмотр: измерение пульса, кровяного давления, аускультация грудной клетки, пальпация живота. 	
<p>После контакта с предметами, окружающими пациента</p>	<p>Когда? Мыть руки после прикосновения к любому объекту или предмету мебели, к которому прикасается пациент, после выхода из палаты – даже при отсутствии контакта с пациентом. Почему? Для защиты персонала и среды медицинского учреждения от болезнетворных микроорганизмов пациента.</p>
<p>Пример: Смена постельного белья, регулирование скорости перфузии, управление сигнальными приборами, прикосновение к поручням кровати, мытье тумбочки.</p>	

Как нужно мыть руки?

Осуществляя мытье рук, необходимо соблюдать технику мытья, которая обеспечит максимальное удаление микроорганизмов с поверхности рук. Ниже представлена схема мытья рук, рекомендуемая ВОЗ.

Гигиена рук требует соблюдения ряда условий:

- Ногти на руках должны быть коротко постриженными.
- Во время работы необходимо снять все кольца.
- Часы рекомендуется сдвинуть выше запястья или снять и прикрепить булавкой к халату.
- Чтобы открыть кран, рекомендуется брать его через чистую салфетку, чтобы он не загрязнился. Закрывают кран с помощью одноразового полотенца, которым вытирали руки.
- Необходимо использовать жидкое мыло. Если используется кусковое мыло, его следует споласкивать до и после мытья рук. Следует помнить, что влажная поверхность куска мыла и жидкость в мыльнице – прекрасная среда для размножения бактерий.
- Руки нужно мыть под проточной водой, держа кисти и запястья ниже локтей – в этом случае вода стекает от грязной зоны к чистой.
- Не следует пускать мощную струю воды – брызги могут разнести инфекцию вокруг раковины.
- Руки необходимо вытирать досуха. Влажная среда – идеальное место для размножения микробов. Плохо высушенная кожа рук становится таким идеальным местом. Особенно важно вытирать межпальцевые промежутки.
- Вытирая руки, следует предпочесть одноразовые салфетки. Использование сушилки может привести к чрезмерному высушиванию кожи. Многоцветное полотенце после использования само по себе способно стать источником инфекции.

Мытье рук можно заменить обработкой кожным антисептиком

Наблюдение за работой медперсонала в различных ЛПО показало, что правила гигиены рук соблюдаются далеко не всегда. Частое мытье рук требует существенных затрат времени и плохо сказывается на состоянии кожи. Как облегчить мытье рук персоналу ЛПО? Многочисленные исследования показали, что мытье рук, если на них нет явных загрязнений, можно заменить обработкой спиртосодержащим кожным антисептиком.

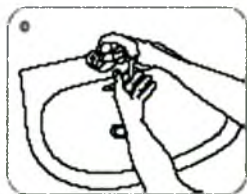
Такая процедура занимает меньше времени и, как правило, не высушивает и не раздражает кожу.

Она может заменить мытье рук (см. схему 1), если на них нет явных загрязнений.

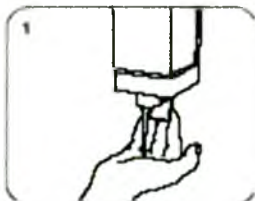
Обработка кожным антисептиком производится следующим образом – см. схему 2.

Мытье рук

⌚ Продолжительность процедуры: 40–60 секунд.



Смочить руки водой.



Нанести достаточное количество мыла на всю поверхность рук.



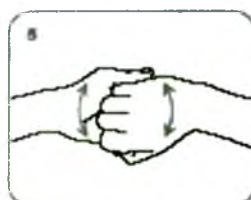
Потереть ладонью о ладонь.



Провести правой рукой по тыльной поверхности левой, переплетая пальцы, и наоборот.



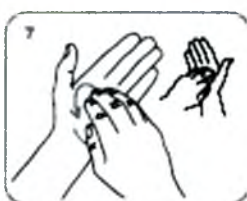
Потереть ладонью о ладонь, переплетая пальцы, чтобы обработать межпальцевые промежутки.



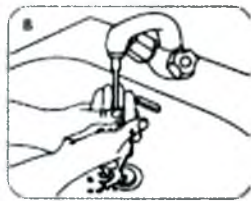
Сцепить пальцы, переплести их, обращая внимание на обработку тыла концевых фаланг.



Потереть вращательными движениями большой палец левой руки правой, и наоборот.



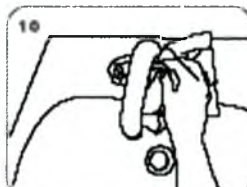
Потереть вращательными движениями сжатых пальцев правой руки левую вперед и назад, и наоборот, производя обработку кончиков пальцев.



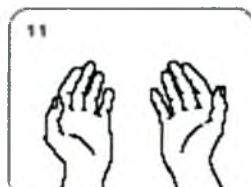
Ополоснуть руки водой.



Тщательно вытереть руки одноразовым полотенцем.



Закрывать кран с помощью полотенца.

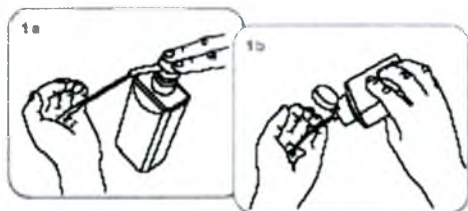


Руки чистые.

Обработка рук кожным антисептиком



Продолжительность процедуры: 20–30 секунд*.



Нанести антисептик на ладонь в достаточном количестве для покрытия всей поверхности кистей рук – обычно бывает достаточно взять 3 мл средства.



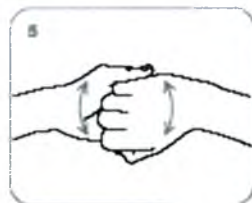
Распределить по рукам, потерев ладонь о ладонь.



Провести правой рукой по тыльной поверхности левой, переплетая пальцы, и наоборот.



Потереть ладонью о ладонь, переплетая пальцы, чтобы обработать межпальцевые промежутки.



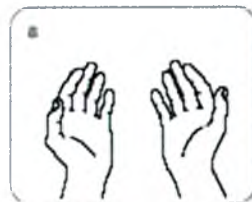
Сцепить пальцы, переплести их, обращая внимание на обработку тыла концевых фаланг.



Потереть вращательными движениями большой палец левой руки правой и наоборот.



Потереть вращательными движениями сжатых пальцев правой руки левую вперед и назад и наоборот, производя обработку кончиков пальцев.



После высыхания руки чистые.

* Уточните экспозицию и количество антисептика для однократной обработки рук в инструкции по применению антисептика. – Прим. редактора.

2.3. Меры инфекционной безопасности при контакте с кровью и биологическими жидкостями

Персонал, ухаживающий за больными и обеспечивающий чистоту, часто контактирует с кровью, потом, слезной жидкостью, спермой и влагалишным секретом. Поэтому второй по значимости группой мероприятий инфекционного контроля, которые должен знать и выполнять младший медперсонал, являются мероприятия по профилактике гемоконтактных инфекций, передающихся через кровь и другие биологические жидкости больного человека. Последние годы эти болезни, к числу которых относится СПИД и вирусные гепатиты, широко распространены среди населения. Часто инфекционные болезни протекают скрыто. Поэтому любой больной или его биологические жидкости должны восприниматься как потенциально заразные. Рвотные массы больного, моча и кал не являются биологическими жидкостями, но могут быть загрязнены кровью и потому тоже могут представлять риск заражения. При контакте с любыми биологическими жидкостями следует предпринимать **стандартные меры безопасности** (см. ниже).

1. Работать в перчатках

Когда нужно дополнительно защищать руки, надевая латексные перчатки? Перчатки следует надевать в следующих случаях:

- При контакте с кровью.
- При контакте со спермой или влагалишными выделениями.
- При прикосновениях к слизистым оболочкам органов (носа, рта и т.п.).
- При контакте с любой биологической жидкостью, даже при отсутствии в ней видимых примесей крови.
- Если у работника или больного, за которым он ухаживает, на коже рук есть трещины или другие дефекты.
- Если предстоит работа с предметами, испачканными кровью или другими биологическими жидкостями.

Таким образом, перчатки следует надевать перед гигиенической обработкой полости рта пациента, перед обработкой пролежня или другой открытой раны, перед тем как взять руками использованный перевязочный материал и т.п. «Правша» надевает сначала первую перчатку, а потом – левую. Снятие перчаток производят в обратной последовательности: «правша» сначала снимает правую перчатку, а потом – левую.

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.

При снятии использованных перчаток необходимо соблюдать специальную технологию, которая поможет не запачкать кожу рук при прикосновениях

к наружным поверхностям перчаток. Эта технология должна быть хорошо освоена персоналом и неукоснительно соблюдаться в интересах собственной безопасности.

Последовательность «безопасного» снятия перчаток

1. Чтобы снять использованные перчатки, нужно сначала пальцами левой руки в перчатке сделать отворот на правой перчатке, касаясь только наружной стороны.
2. Пальцами правой перчатки сделать аналогичный отворот на левой перчатке, касаясь только ее наружной стороны.
3. Держа за отворот левой перчатки, снять ее, аккуратно выворачивая наизнанку.
4. Оставить снятую с левой руки перчатку в правой руке.
- 5.левой рукой без перчатки взять правую перчатку за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая наизнанку.
6. Обе перчатки (левая оказалась внутри правой) утилизировать в соответствии с действующими правилами.

После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Только после этого можно снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать, а руки обработать антисептиком.

2. Тщательно мыть и обрабатывать руки после контакта с возможно загрязненными кровью и другими биологическими жидкостями предметами

Если, работая без перчаток, работник случайно соприкоснулся с предметом, который загрязнен (возможно, загрязнен) кровью или другими биологическими жидкостями, он должен тщательно вымыть руки и желательнее обработать их вирулицидным (т.е. убивающим вирусы) антисептиком.

Санитарка, работавшая без перчаток, убирая с прикроватной тумбочки, вместе салфеткой случайно взяла в руку тампон, запачканный кровью, который оставила процедурная медсестра, ставившая пациенту капельницу. Поместив салфетку и тампон в емкость для утилизации медицинских отходов, санитарка должна была самым тщательным образом вымыть руки с мылом, обработать их антисептиком.

3. При угрозе разбрызгивания крови и других биологических жидкостей надевать халат, защитные очки и маску

При разбрызгивании крови и других биологических жидкостей они могут попасть на слизистые глаз, рта, носа, а также на кожу или личную одежду.

Это опасно с точки зрения инфекционной безопасности. Чтобы защитить себя, медперсонал должен использовать маску, защитные очки и халат или фартук.

Если санитарку попросили помочь при обработке пролежня на спине, она должна повернуть больного на бок и удерживать его в этом положении, пока медсестра будет менять повязку. При этом будет проведено промывание раны. При промывании раны возможно разбрызгивание жидкости.

Поэтому и медсестра, и санитарка должны надеть одноразовые непромокаемые фартуки и одноразовые маски.

При снятии халата и маски следует выполнять ряд правил. Снимая халат, необходимо касаться руками нижней части рукавов халата, которые были защищены перчатками. Снимая халат со второй руки, его выворачивают наизнанку. Снимая маску, ее держат за завязки. Снятый халат и маску помещают в емкость для медицинских отходов.

4. Соблюдать осторожность при работе с острыми предметами

Чтобы не поранить себя острым предметом, который может быть загрязнен кровью и другими биологическими жидкостями, медперсонал должен:

- немедленно выбрасывать использованные острые предметы в непрокаливаемые емкости;
- перед обработкой поверхностей осматривать их на предмет наличия острых предметов, например, иголки от шприца, бритвы и т.п.

5. Использовать перчатки, если на руках есть свежие порезы или иные раны

Если у работника имеются повреждения кожи, он должен надевать перчатки при оказании помощи пациенту, работе с инструментами и оборудованием, проведении уборки и т.п.

Работники должны быть крайне внимательны к состоянию кожи рук. Руки следует осматривать ежедневно.

6. Немедленно собирать разлитую кровь и другие биологические жидкости

Поверхность, испачканную кровью или другой биологической жидкостью, следует немедленно очистить, используя для этого разрешенное к применению дезинфекционное средство.

7. Соблюдать аккуратность при обращении с грязным бельем

При работе с бельем, загрязненным кровью, необходимо надевать перчатки. Надо поменьше трясти белье. Сняв грязное белье с постели, его сразу помещают в непроницаемые мешки. Если снятое белье мокрое, его не кладут на пол, а сразу помещают в непромокаемый мешок.

Собираясь снять белье с кровати, санитарка заметила, что оно запачкано кровью. Прежде чем начать работу, она приготовила непромокаемый мешок, надела перчатки. Снятое белье сразу поместила в непромокаемый мешок. По окончании снятия грязного белья сняла перчатки, вымыла руки.

8. Изолировать загрязненные кровью предметы и материалы

Загрязненные предметы следует тщательно упаковывать в емкости.

Медсестра обработала больному кожу вокруг колоностомы, погла больному сменить калоприемник. Инструменты и материалы, которые она использовала при этом, были помещены в непрокальваемый контейнер согласно инструкции по сбору и утилизации отходов.

9. Собирать отходы, загрязненные кровью, в непромокаемые пакеты для сбора отходов

Медицинские отходы собирают в соответствии с утвержденной инструкцией.

При сборе мусора под кроватью пациента санитарка обнаружила бинты и вату, запачканные кровью. Собрав их в совок, она сбросила его содержимое в мешок, который затем, завязав, положила в емкость большего размера согласно инструкции по сбору и утилизации отходов. Закрывая использованный мешок, она прикасалась только к внешней его стороне.

10. Меры при аварийной ситуации, угрожающей заражением гемоконтактной инфекцией

Санитарка, по просьбе операционной медсестры считавшая (перед ушиванием послеоперационной раны) салфетки в тазике под операционным столом, куда сбрасывали использованные расходные материалы, поранилась острым осколком кости, находившемся в этом тазу. Было известно, что пацент, которому проводилась операция, болел гепатитом В.

Врач велел ей немедленно заняться собой. Снять перчатки, обильно запачканные кровью. Кровотечение из раны, если есть, не останавливать. Выдавить кровь. Продезинфицировать рану стоявшим рядом спиртовым раствором хлоргексидина. Обработать рану йодом и наложить повязку. Далее он спросил санитарку, делала ли она прививку от гепатита В и, узнав, что нет, распорядился ввести ей иммуноглобулин против гепатита В. По окончании операции аварийная ситуация была зарегистрирована в журнале, а санитарка направлена в Центр гепатита.

Таким образом, младший медперсонал должен знать меры по профилактике гемоконтактных инфекций на случай возникновения аварийных ситуаций. При ранении кожи эти меры состоят в дезинфекции раны и ее обработке с наложением повязки, при попадании биологических жидкостей на слизистые необходимо обильное промывание слизистых водой. После чего проводится регистрация аварийной ситуации, а пострадавший работник направляется к эпидемиологу или другому лицу, отвечающему в ЛПО за проведение мероприятий при аварийных ситуациях.

2.4. Изоляционные мероприятия

При работе с инфекционным больным применяют изоляционные мероприятия двух типов:

- изолируют самого больного (например, помещают его в отдельное помещение);
- используют спецодежду и средства индивидуальной защиты барьерного типа (халат, фартук, маску, перчатки).

Персонал, обеспечивающий уход за инфекционным больным, должен быть ознакомлен с правилами назначенного изоляционного режима с учетом заболевания, диагностированного у пациента.

К примеру, если у больного имеется **раневая инфекция, вызванная антибиотикорезистентными микроорганизмами**, например метициллин-резистентным стафилококком, ему назначают режим строгой изоляции. Больного переводят в боксированную палату с предбанником. Дверь в палату держат строго закрытой. Входя в бокс, в предбаннике персонал облачается в халат, надевает маску, перчатки, а выходя из палаты, снимает их, затем тщательно моет руки или обрабатывает их антисептиком. Использованную спецодежду и средства индивидуальной защиты помещают в специальные емкости для использованной спецодежды. Все предметы после использования в боксе дезинфицируются и уничтожаются. Белье больного укладывается в предназначенные для этого непромокаемые мешки. Каждый бокс имеет выделенный комплект уборочного инвентаря, который нельзя использовать в других помещениях.

Изоляционные мероприятия при гриппе

Заболевшие гриппом являются источником инфекции и потому должны быть изолированы от здоровых. Больной должен избегать посещения общественных мест весь период катаральных явлений (около 7 дней, дети – более 7 дней).

При организации домашнего лечения больного следует по возможности поместить в отдельную комнату. Держать двери комнаты закрытыми. Если такой возможности нет, следует отгородить пространство, в котором находится больной, занавесками. В стационарах пациенты с подтвержденным или предполагаемым гриппом должны размещаться в одноместных палатах

с закрытыми дверьми. При возможности следует использовать специально оборудованные изолированные палаты для больных воздушно-капельными инфекциями (airborne infection isolation room, AIIR) с отрицательным давлением и 6–12-кратным общим воздухообменом в течение часа. Воздух из помещения может откачиваться на улицу или рециркулироваться через HEPA-фильтры (high efficiency particulate air). Для организации респираторной помощи (ингаляция, отсасывание экссудата, бронхоскопия или интубация) должны также использоваться кабинеты с отрицательным давлением воздуха.

В случае если пациент покидает свою палату, он должен надевать хирургическую маску (ватно-марлевую повязку), часто мыть руки и следовать правилам респираторной гигиены – при чихании и кашле закрывать рот носовым платком (салфеткой) и сразу скидывать их в отходы (стирку). После чихания и кашля мыть руки или обрабатывать их спиртовым антисептиком.

По возможности больной должен пользоваться отдельной ванной. После каждого мытья больного санитарно-техническое оборудование подвергается мойке и обработке. Больной пользуется индивидуальным полотенцем (одно-разовым полотенцем). Необходимо выделить и хранить отдельно умывальные принадлежности, бритву. Посуда больного обрабатывается по противовирусному режиму после каждого использования. Здоровые должны по возможности избегать близких контактов с заболевшими. При уходе за больным ребенком следует держать его головку на плече, чтобы при кашле и чихании капли выделений не попали прямо на лицо ухаживающего.

При работе с инфекционными больными персонал использует спецодежду с барьерным механизмом защиты – халат, маски, медицинские перчатки:

1. Медицинский халат

Санитарка сменила постельное белье пациенту с нагноившейся послеоперационной раной. Повязка больного пропиталась гнойным отделяемым, имелись следы гноя на простыне. После этого, не меняя халата, санитарка занялась мытьем раковины, в ходе которого халат намоч от брызг воды. В конце смены санитарка сняла еще не высохший халат и повесила его на вешалку в санитарской комнате вместе с халатами других санитарок. На следующий день утром в больнице проводили заборы проб для проведения контрольных бактериологических посевов. Были взяты пробы с халатов, висящих в санитарской комнате. При посевах были обнаружены микроорганизмы – возбудители раневой инфекции у больного, белье которого сменила санитарка.

Данный пример демонстрирует, что медицинский халат может стать фактором передачи инфекции от одного больного к другому. Кроме того, мокрый халат – прекрасная среда для роста влаголюбивых микроорганизмов, многие из которых являются возбудителями опасных инфекций у больных. Следует

также иметь в виду, что мокрая ткань теряет свои барьерные свойства и пропускает микроорганизмы на внутреннюю поверхность халата. Таким образом, он может попасть и на одежду под халатом, и даже на кожу работника. Поэтому при выполнении работ с угрозой разбрызгивания жидкостей необходимо использовать влагонепроницаемые фартуки. Кроме того, перед уходом домой рекомендуется не только снять халат, но и сменить платье, надеваемое под халат, и принять душ.

2. Медицинская маска

Маска может защитить медработника от инфекций, передающихся воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем. Однако следует понимать, что для этого она должна быть полностью непроницаемой для микробных частиц и, кроме того, воздух не должен проникать в места неполного прилегания маски к лицу работника.

Обычные **марлевые маски**, даже 4-слойные, проницаемы для микроорганизмов. Кроме того, их проницаемость резко увеличивается по мере их увлажнения. А любая маска становится влажной от выдыхаемого воздуха уже через 30 минут. И наконец, при использовании самодельной марлевой маски практически невозможно добиться ее полного прилегания.

Поэтому рекомендуется использовать фабрично изготовленные маски с контролируемой проницаемостью и со специальной полосой, обеспечивающей полное прилегание. Такие маски дольше не промокают и обеспечивают более надежную защиту.

Таким образом, при использовании масок необходимо соблюдать ряд правил:

- Надевать маски, плотно закрывая рот и нос.
- При длительном использовании менять маски, не допуская их намочения.
- Снимать маску следует за завязки, так как использованная маска обильно загрязнена микроорганизмами и может быть источником инфицирования.
- Использованная маска немедленно утилизируется, ее не следует класть в карман или оставлять висящей на шее для повторного использования.

Следует помнить, что неправильное использование маски создает дополнительные риски инфицирования персонала!

3. Медицинские перчатки

Использование медицинских перчаток регулируется СанПиНом 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», где имеется соответствующий подраздел:

«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».

Вопросы для контроля знаний санитарок при проведении обхода

1. Как называется дезинфекционное средство, которое вы сейчас используете в своей работе?
2. Где находится Инструкция по применению используемого вами дезинфекционного средства или выписка из нее?
3. Как вы готовите рабочий раствор дезинфекционного средства? Что вам нужно для правильного приготовления рабочего раствора?
4. Зачем вам термометр при приготовлении рабочего раствора дезинфицирующего средства?
5. Что вы будете делать, если увидите, что рабочий раствор стал мутным, в нем появились хлопья?
6. Что вы надеваете на себя перед тем, как приступаете к работе? Как вы защищаете руки, ноги?
7. Сколько времени должно пройти от момента нанесения дезинфицирующего средства на поверхность до начала его смывания?
8. Сколько времени должно находиться судно в емкости с дезинфицирующим раствором?
9. Что вы будете делать, если вам необходимо обработать поверхность, на которой находится высохшее пятно крови?
10. Как вы обрабатываете руки после снятия перчаток?
11. Что вы будете делать, если повредили перчатки в процессе работы?
12. Каковы первые симптомы отравления дезинфекционным средством, которое вы используете? Что вы будете делать при их обнаружении?
13. Что вы будете делать, если концентрат дезинфицирующего средства, которое вы используете, попадет на кожу рук?
14. Где хранится Инструкция по безопасному обращению с дезинфицирующим средством, которое вы используете?
15. Где хранится аптечка первой помощи?

Раздел 3. Уборка в помещениях ЛПУ

Важным разделом работы младшего медперсонала являются уборки в помещениях ЛПУ. Уборщицы убирают в помещениях общего пользования, санитарки – в помещениях кабинетов и отделений, где требуется соблюдение определенного санитарно-противоэпидемического режима.

3.1. Общие сведения об уборках в ЛПУ

3.1.1. Грязь в помещениях ЛПУ, ее источники и состав

Что такое грязь и откуда она берется в помещениях ЛПУ?

Функционирующие помещения ЛПУ постоянно загрязняются.

Источниками загрязнений являются:

- человек (отмершие чешуйки человеческой кожи, волосы);
- продукты его деятельности (хлебные крошки, высохшие остатки пролитого супа, обрывки ниток, частицы текстиля, мелкие кусочки ваты, брызги мыльной воды после мытья рук, перчаточная пудра, применяемая для облегчения надевания медицинских перчаток, лепестки высохших цветов и пр.);
- разрушающиеся материалы, из которых изготовлены предметы, находящиеся в помещении (мелкие частички отделочных и строительных материалов, поролоновой обивки мебели, ковровых покрытий, бумаги и т.п., образующиеся в результате износа);
- занесенные с улицы грязь, пыль (силикатная, цементная и металлическая пыль – от близлежащих промышленных предприятий,строек; резиновая пыль от шин автотранспорта), пыльца растений, тополиный пух и т.п. Доказано, что загрязнение помещений происходит и в те дни и часы, когда оно не используется, в нем плотно закрыты окна и двери. Вероятно, грязь (пыль) проникает через оконные и дверные щели, вентиляционные ходы;
- клещи домашней пыли и продукты их жизнедеятельности. Клещи домашней пыли не являются паразитами человека, они не кусают его и не пьют его кровь. Пищей клещам домашней пыли служат слущенные кожные чешуйки человека, а также микрофлора, которая колонизирует эти чешуйки. Размеры клещей домашней пыли варьируют от 0,1 мм (личинка) до 0,25–0,3 мм (взрослая самка). Их опасность для человека связана со способностью клещей продуцировать клещевые аллергены. По природе клещевые аллергены являются пищеварительными ферментами и содержатся в телах, а главным образом, в экскрементах клещей. За сутки клещ может выделять до 10–20 фекальных шариков, которые быстро накапливаются и долго (около 4 лет) сохраняются в пыли жилища.

Если собрать скопившуюся в разных местах помещения пыль и грязь и произвести изучение ее микробиологического и химического состава,

то ней можно обнаружить домашних клещей и продукты их жизнедеятельности, различные аллергены биологической и химической природы, грибы, бактерии, вирусы, в том числе патогенные и условно патогенные, способные вызвать ВБИ.

Постель больного – серьезный источник пылевого загрязнения помещения.

При перестилании постели в воздух попадают миллионы частиц, среди которых, помимо частичек кожи и текстиля, находятся домашние клещи и продукты их жизнедеятельности. При посеве постельной пыли обнаруживаются многообразные микроорганизмы. Если больной инфицирован, его постель часто контаминирована возбудителями, вызвавшими его заболевание. Таким образом, при перестилании постели вместе с «постельной пылью» по воздуху переносятся и оседают на разных поверхностях в помещении грибы, бактерии и вирусы, а также различные аллергены, химические вещества. При перестилании постелей уборочный персонал должен защищать себя от пыли, контаминированной микроорганизмами, используя халат, шапочку, маску и перчатки.

Если регулярно не бороться с постоянно накапливаемыми в помещении грязью и пылью, это помещение приобретет неопрятный вид, в нем будет неприятно находиться. Однако главное – в этом помещении будет и опасно находиться из-за обилия скопившихся в воздухе и на поверхностях биологических объектов (клещей, микроорганизмов – грибов, бактерий и вирусов), аллергенов, химических веществ, которые представляют серьезный риск для здоровья больных и персонала, могут вызвать внутрибольничные инфекции (ВБИ), аллергические заболевания и др.

3.1.2. Возбудители внутрибольничных инфекций в помещениях ЛПУ

Где прячутся возбудители внутрибольничных инфекций?

Чем опасна телефонная трубка?

Почему в роддомах запрещают передачу цветов?

Почему в ЛПУ запрещены сухие уборки?

Как уже отмечалось выше (см. раздел 2) производственная среда ЛПУ насыщена микроорганизмами, которые могут стать причиной многих инфекционных заболеваний – внутрибольничных инфекций. Технология уборки в различных помещениях ЛПУ и меры безопасности при ее проведении зависят от значимости эпидемиологических рисков в этих помещениях.

Палаты

Доказано, что предметы окружающей среды вокруг пациентов, инфицированных микроорганизмами (в том числе опасными внутрибольничными штаммами, резистентными к антибиотикам), обильно контаминированы этими микроорганизмами. Максимальное заражение наблюдается на по-

верхностях в непосредственной близости от больного, на его одежде и простынях, на поручнях кровати и тумбочке. Кроме того, возможна контаминация стен, ручек дверей, сифона раковины, подносов для посуды и т.п.

Многим больным приносят цветы. Вода в цветочных вазах обильно контаминирована. Она подлежит смене не реже 1 раза в 2 дня. Делать это должен персонал, осуществляющий уборку. Опасаясь ВБИ, во многих роддомах и других ЛПУ со строгим санитарно-противоэпидемическим режимом строго запрещают передачу цветов пациентам.

Санитарный блок

С поверхности и из сифонов **раковины** часто высевают грамотрицательные микроорганизмы. Нередко это микроорганизмы, устойчивые к антибиотикам, в первую очередь к аминогликозидам (гентамицин). Многие из них способны выживать во влажной среде до 250 дней.

При мытье рук брызги воды, отражающиеся от раковины, могут контаминировать кожу рук микроорганизмами, находящимися на ее поверхности. Поэтому следует использовать для мытья рук (умывания) и выливания контаминированных жидкостей (грязной воды после уборки) разные раковины.

Источниками инфекции могут быть насадки-аэраторы на водопроводный кран – их использование должно быть запрещено. Описаны случаи образования бактериальных пленок вокруг отверстия крана, из которого идет вода. Микрообрывки таких пленок с водой попадают на кожу рук, контаминируя ее.

Душевые насадки на гибкий шланг также могут стать причиной инфицирования: в литературе описаны случаи эндометрита, вызванного микроорганизмами, которые были высеяны с насадки на душевой шланг.

Ванная. Возбудители на поверхности ванной могут стать причиной тяжелых ВБИ. Так, в журнале «Clinical Infectious Diseases» описан случай возникновения некротизирующей пневмонии, которая возникла после принятия пациентом горячей ванны, контаминированной *Pseudomonas aeruginosa*.

Туалетная комната редко является источником инфекции. Смывание водой эффективно удаляет микроорганизмы. Кроме того, многие микроорганизмы из фекальной группы быстро гибнут при высыхании. Таким образом, достаточно просто поддерживать чистоту санитарной комнаты. Описаны случаи контаминации ручек ершиков и щеток для мытья унитазов – это надо иметь в виду при уборке.

Загрязнения биологическими жидкостями, кровью. Поверхности помещений ЛПУ могут иметь как видимые, так и малозаметные загрязнения кровью и другими биологическими жидкостями, потенциально контаминированными возбудителями гемоконтактных инфекций (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция). Уборочный персонал должен иметь инструкции по обеззараживанию обнаруженных при уборке пятен крови и других биологических жидкостей.

Оргтехника

Компьютер является опасным в эпидемиологическом смысле объектом. Американские эпидемиологи провели исследование для определения степени контаминации клавиатур 25 компьютеров из различных подразделений ЛПУ. С клавиатур были выделены такие микроорганизмы, как коагулазо-негативные стафилококки (100% клавиатур), дифтероиды (80%), представители семейства *Micrococcus* (72%), *Bacillus spp.* (64%). Реже выделялись патогенные микроорганизмы: MRSA (4% клавиатур), чувствительный к метициллину *S.aureus* (4%), чувствительные к ванкомицину энтерококки (12%) и неферментирующие грамотрицательные палочки (36%). Все исследованные дезинфектанты, а также стерильная вода, использованная в качестве контроля, эффективно удаляли или инактивировали более 95% бактерий. После проведения 300 циклов обработки нарушения работы и внешнего вида клавиатур не происходило. Таким образом, при ежедневной уборке в ординаторских и других помещениях, где стоят компьютеры, необходимо проводить обработку клавиатур. Внеочередная обработка необходима также при видимом загрязнении или при попадании на клавиатуру крови*.

Телефонная трубка – еще один опасный объект с точки зрения распространения ВБИ. Так, при расследовании крупной вспышки ВБИ, вызванной *Acinetobacter baumannii*, была доказана роль мобильных телефонов в эпидпроцессе инфекции. Мобильные телефоны медицинского персонала были контаминированы *Acinetobacter baumannii*. Использование мобильных телефонов в рабочие часы вызывает все большую озабоченность эпидемиологов разных стран – дело в том, что при этом происходит тесный контакт рук с аппаратом, и **мобильные телефоны могут быть потенциальным источником распространения резистентных микроорганизмов****. Обработка поверхностей мобильных телефонов должна быть включена в ежедневные уборки.

Воздух

Воздух в помещениях ЛПУ содержит различных возбудителей ВБИ. Они «парят» по помещению, «прилепившись» к частичкам пыли (воздушно-пылевой путь передачи инфекции) или мелким капелькам жидкостей (воздушно-капельный путь). Постепенно они оседают на поверхности пола, стен, мебели, оборудования, предметов ухода, на постели, контаминируя их.

В ЛПУ запрещены сухие уборки, так как они активизируют воздушно-пылевой путь передачи инфекции. После перестилания постелей необходимо проводить проветривание помещений.

Обеззараживание воздуха – это обязательный элемент текущих и генеральных уборок в ЛПУ.

* Rutala W.A., White M.S., Gergen M.F., Weber D.J. Bacterial contamination of keyboards: efficacy and functional impact of disinfectants. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27(4):372-7.

** A.Borer et al. Cellular phones of personnel as a potential source for nosocomial transmission of *Acinetobacter baumannii*. 43rd ICCAC Abstracts. Chicago Illinois, September 14-17, 2003; K-745.

3.1.3. Уборка помещений: виды уборок и их технологии

Чем текущая уборка отличается от генеральной?

Надлежащая чистота поддерживается в помещениях ЛПУ путем регулярного проведения текущих, генеральных и поддерживающих уборок. Цель уборок – очистка поверхностей в помещениях от макро- и микрочастиц грязи, пыли, пролитых жидкостей, брызг, химических загрязнений и т.п., а также удаление и уничтожение микроорганизмов, находящихся на этих поверхностях и в воздухе, т.е. дезинфекция.

Виды уборок

Текущая уборка – ежедневная двухразовая уборка в помещениях ЛПУ, которая проводится влажным способом в целях поддержания чистоты и снижения контаминации поверхностей и воздуха микроорганизмами. Как правило, текущая уборка включает дезинфекцию и очистку **наиболее загрязняемых поверхностей** (том числе сантехники) и мытье (дезинфекцию и мытье) полов, а также – дезинфекцию воздуха.

Генеральная уборка – углубленная уборка, которая осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях ЛПУ. При генеральной уборке проводятся мытье, очистка и обеззараживание **почти всех поверхностей** помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры и последующее обеззараживание 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.

Поддерживающая уборка – внеочередная уборка, осуществляемая в дополнение к текущим уборкам при возникновении загрязнений, после выписки больного и т.п. Объем уборки определяется характером и объемом этих загрязнений.

Технологии уборок

Сухая уборка осуществляется без воды, предполагает сбор крупного мусора, подметание, уборку с помощью пылесоса, уборку с помощью статического мопа. Цель сухой уборки – удаление твердых частиц грязи. В ЛПУ проведение сухих уборок не рекомендовано, так при этом активизируется воздушно-пылевой путь передачи ВБИ. Допускаются редкие исключения (например, если просыпаны стиральный порошок, сахар-песок, разбился горшок с цветами и рассыпалась земля и т.п.).

Влажная уборка – уборка с помощью жидкостей (воды, моющих средств, дезинфицирующих средств и других химических средств, улучшающих результат обработки поверхностей). Нанесение жидких средств производится методами протирания и орошения. При проведении влажной уборки остаточное увлажнение поверхностей должно быть минимальным. Если их остаточное увлажнение велико, говорят о **мокрой уборке**.

3.1.4. Санитарное содержание помещений в ЛПУ. Требования к санитарному состоянию помещений

Общие требования к санитарному содержанию помещений и уборкам в ЛПУ содержатся в СанПиНе 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (пункт 11 раздела I).

Основные требования к уборкам помещений

1. Помещения должны быть чистыми. Уборка производится не менее 2 раз в сутки.

Это требование относится к учреждениям с круглосуточным режимом работы. Очевидно, оно должно быть скорректировано для подразделений (помещений), функционирующих в течение ограниченного времени.

Опыт подсказывает, что плановые двукратные уборки в полном объеме в наших условиях трудно осуществимы. В качестве компромиссного варианта, не противоречащего нормативным требованиям, можно обязать персонал проводить однократную уборку в полном объеме и поддерживающие влажные уборки, кратность и объем которых определяются по потребности (после выписки больного, при возникновении ЧП – пролили суп, опрокинули тумбочку и т.п.).

2. Персонал, осуществляющий уборку, должен пройти соответствующий **инструктаж по технологии проведения уборок**.

3. В ЛПУ проводятся влажные уборки (не сухие, не мокрые).

4. Мытье окон производится не менее 2 раз в год.

5. Используются только разрешенные в установленном порядке моющие и дезинфицирующие средства.

6. При уборках кабинетов, палат, коридоров, санузлов используют отдельные комплекты уборочного инвентаря. Каждое помещение имеет два полных комплекта: для текущих уборок и для генеральных. Для стен (других поверхностей мебели, оборудования) и пола используют разные емкости с рабочими растворами, ветошь, швабры.

7. Уборочный инвентарь должен иметь маркировку (цветное кодирование):

- в соответствии с назначением помещений (палаты, санузлы, коридоры, процедурная, перевязочная и т.п.);
- по видам уборочных работ (генеральная, текущая);
- для различных обрабатываемых поверхностей (для стен и мебели, для пола).

8. Инвентарь должен храниться в выделенных помещениях или в отдельном шкафу вне рабочих помещений. При использовании цветного кодирования его схема размещается в местах хранения инвентаря. Места хранения инвентаря маркируются.

9. Желательно использование одноразовых салфеток. При использовании многоразовых салфеток они подлежат стирке. Допускается использование стиральных машин для стирки ветоши и мопов.

10. При использовании дезинфекционных растворов емкости для них должны иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, его назначения*.

11. При уборке помещений персонал использует рабочую одежду и средства индивидуальной защиты. **Необходимо проведение инструктажа по безопасности при осуществлении уборок.**

12. При использовании дезинфекционных средств персонал должен соблюдать меры предосторожности. **Весь персонал, использующий в работе дезинфекционные средства, должен пройти специальное обучение с последующим контролем знаний в форме внутриучрежденческой аттестации.**

13. Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые мешки, специальные бельевые тележки). Допускается его временное хранение в отделении в специально оборудованном помещении. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

14. Сбор и транспортировка отходов осуществляются в соответствии со схемой утилизации отходов в данном подразделении. **Персонал должен быть ознакомлен со схемой и проинструктирован, как ее выполнять.**

3.1.5. Медицинские отходы

Какого цвета мешки следует приготовить для сбора мусора из туалетных комнат?

В ходе уборки медицинский персонал имеет дело с медицинскими отходами. Обращение с медицинскими отходами при уборке помещений регламентируют СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами». Согласно

* Дату приготовления рабочего раствора и срок годности на емкости для уборок обычно не проставляют, так как растворы быстро загрязняются и требуют регулярной замены, которая не зависит от сроков их годности.

классификации медицинских отходов, утвержденной этим документом, уборочный персонал в медицинских организациях обычно имеет дело с эпидемиологически неопасными отходами класса А (мусор в палатах, **в туалетных комнатах**, пищевые отходы) и эпидемиологически опасными отходами класса Б (инфицированные и потенциально инфицированные отходы: чаще всего это материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями). В отношении обращения с отходами групп В, Г и Д для уборочного персонала разрабатываются специальные регламенты, которые не рассматриваются в настоящем издании.

Сбор и транспортирование отходов класса А

Сбор отходов при уборках осуществляется в соответствии со схемой обращения отходов в подразделении, утвержденной в установленном порядке.

Сбор эпидемиологически безопасного мусора из кабинетов, палат и туалетов (отходы класса А) осуществляется в многоразовые емкости или одноразовые, **не красные и не желтые** пакеты. Эти пакеты целесообразно располагать внутри многоразовых контейнеров, а при сборе мусора во время уборки – крепить их на специальных тележках. Многоразовые емкости для сбора отходов и тележки должны быть промаркированы «*Отходы. Класс А*».

Заполненные в ходе уборки многоразовые емкости или одноразовые пакеты доставляются уборочным персоналом (желательно с использованием средств малой механизации) в контейнеры для отходов класса А, установленные на специальной площадке (в специально выделенном помещении), и перегружаются в них.

Многоразовая тара после опорожнения подлежит мытью и дезинфекции.

Особенности удаления пищевых отходов класса А. Сбор пищевых отходов осуществляется отдельно от других отходов класса А. Для этого в помещениях пищеблоков, столовых и буфетных используют многоразовые емкости или одноразовые пакеты. Дальнейшее транспортирование пищевых отходов производится в соответствии со схемой обращения отходов в каждой конкретной организации.

Пищевые отходы, предназначенные к вывозу для захоронения на полигонах твердых бытовых отходов, должны помещаться для временного хранения в многоразовые контейнеры в одноразовой упаковке. Временное хранение пищевых отходов при отсутствии специально выделенного холодильного оборудования допускается не более 24 часов.

Для организаций, имеющих выпуск хозяйственно-бытовых сточных вод в канализацию, предпочтительной системой удаления отходов пищевого сырья и готовой пищи от пищеблоков и буфетов, относящихся к медицинским отходам класса А, является сброс пищевых отходов в систему городской канализации путем оснащения внутренней канализации измельчителями

пищевых отходов (диспозерами).

Использование мусоропровода. Отходы класса А, кроме пищевых, могут удаляться из структурных подразделений с помощью мусоропровода или пневмотранспорта. Сброс отходов в мусоропровод должен осуществляться в упакованном виде.

Отходы класса Б

Отходы класса Б эпидемиологически опасны и подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции)/обезвреживанию. Выбор метода обеззараживания/обезвреживания определяется возможностями организации и выполняется при разработке схемы обращения с медицинскими отходами.

Емкости для сбора отходов. Отходы класса Б собираются в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокальваемую) упаковку (контейнеры) **желтого цвета** или имеющую **желтую** маркировку. Выбор упаковки зависит от морфологического состава отходов:

- для сбора острых отходов класса Б используют одноразовые непрокальваемые влагостойкие емкости (контейнеры) с плотно прилегающей крышкой, исключающей возможность самопроизвольного вскрытия;
- для сбора органических, жидких отходов класса Б используются одноразовые непрокальваемые влагостойкие емкости (контейнеры) с крышкой, обеспечивающей их герметизацию и исключающей возможность самопроизвольного вскрытия.

Если в организации используются аппаратные методы обеззараживания отходов, на рабочих местах допускается сбор отходов класса Б в общие емкости (контейнеры, пакеты) – **не желтые**.

В них можно собирать использованные шприцы в неразобранном виде с предварительным отделением игл (для отделения игл необходимо использовать иглосъемники, иглодеструкторы, иглоотсекатели), перчатки, перевязочный материал и так далее.

Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) для сбора отходов класса Б должна быть закреплена на специальных стойках-тележках или контейнерах.

Подготовка емкости к транспортировке. После заполнения пакета не более чем на 3/4 сотрудник, ответственный за сбор отходов, завязывает пакет или закрывает его, используя бирки-стяжки или другие приспособления, исключающие высыпание отходов класса Б. Твердые (непрокальваемые) емкости закрываются крышками. **Перемещение отходов класса Б за пределами подразделения в открытых емкостях не допускается!** После упаковки одноразовые емкости (пакеты, баки) маркируются надписью «Отходы. Класс Б» с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица.

Удаление отходов из подразделения. Промаркированные пакеты помещают в специальные контейнеры для транспортировки и затем в них перемещают на участок по обращению с отходами или в помещение для временного хранения медицинских отходов до последующего вывоза

транспортом специализированных организаций к месту обеззараживания/обезвреживания. Контейнеры для перемещения отходов должны быть изготовлены из материалов, устойчивых к механическому воздействию, воздействию высоких и низких температур, моющих и дезинфицирующих средств, закрываться крышками, конструкция которых не должна допускать их самопроизвольного открывания.

3.1.6. Бельевой режим

Смена белья

Регулярная смена белья осуществляется в зависимости от профиля отделения, обычно не реже 1 раза в 7 дней, в отделениях реанимации – ежедневно, а также при загрязнении и у хирургических больных – перед операцией. К работе с грязным бельем не допускается персонал, занятый работой с больными. Перед сменой белья санитарка надевает халат, шапочку, маску и перчатки. По окончании работы с грязным бельем маску и перчатки выбрасывают, а шапочку и халат меняют на чистые. Руки моют с мылом. Обрабатывают антисептиком.

При сборе белья в палате его не трясут, не кладут на стулья или пол, а аккуратно складывают в специальные непромокаемые мешки или баки для грязного белья. После снятия грязного белья в палате проводят внеочередную влажную уборку, после чего кровать застилают чистым бельем.

Белье, загрязненное кровью и другими жидкостями, подлежит дезинфекции.

Уборка кровати после выписки больного

После выписки (перевода) больного его постельное белье собирают по правилам, описанным при смене белья. Подушку и одеяло сдают на дезобработку. Если матрас имеет клеенчатый чехол, его поверхность дезинфицируют методом протирания, если не имеет, его сдают на дезобработку.

Поверхности кровати, прикроватной тумбочки, участки стены, прилегающей к кровати, дезинфицируют методом протирания.

3.1.7. Безопасность персонала при проведении уборок

Какие опасности грозят уборщице палат при проведении уборок?

В процессе уборки уборочный персонал сталкивается со следующими вредными для здоровья и потенциально опасными факторами производственной среды, которые требуют соблюдения определенных мер безопасности:

- Микроорганизмы – опасность заражения персонала.
- Капли крови, других биологических жидкостей – опасность заражения гемоконтактными инфекциями (вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция).

- Острые колющие и режущие предметы, попавшие в протирачный материал, – опасность травмы.
- Скользкие полы – опасность падения, травмы.
- Работа со стеклом – опасность повреждения стекла и травмы острыми обломками.
- Работа на высоте – опасность падения, травмы.
- Электроприборы – опасность электротравмы.
- Дезинфицирующие, моющие и чистящие средства – повреждающее действие на кожу рук при контакте, вдыхание токсических паров, аллергические реакции.

Уборочный персонал обязан соблюдать при уборках следующие меры безопасности:

- Использовать спецодежду.
 - Надевать рабочую одежду перед уборкой.
 - При необходимости защиты от брызг дополнительно использовать непромокаемый фартук.
 - Если инструкция по применению дезинфицирующих средств требует защищать органы дыхания, использовать респиратор (маску).
 - Использовать хозяйственные перчатки.
 - Использовать устойчивую обувь на нескользящей поверхности, дополнительно защищать ноги от брызг – использовать закрытую обувь или непромокаемые бахилы.
 - Стирка спецодежды в домашних условиях категорически запрещена!
- Соблюдать правила гигиены рук.
 - Тщательно мыть руки после снятия перчаток, по окончании уборки – обрабатывать их антисептиком. Использование перчаток не отменяет обязательности гигиены рук.
- Строго соблюдать инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств. Категорически запрещено их смешивание – возможны бурные химические реакции!
- Соблюдать меры электробезопасности: перед уборкой выключать из сети все электроприборы. При невозможности сделать это – проявлять крайнюю осторожность, не допускать смачивания электропроводов, выключателей.
- Подвергать тщательному осмотру поверхности, подлежащие обработке.
 - При обнаружении кусочков ваты, бинтов, запачканных кровью, убирать их по правилам утилизации отходов класса Б.
 - Проверить, нет ли колющих и режущих предметов, – при обнаружении аккуратно убрать их.
 - Проверить, нет ли пятен крови и биологических жидкостей, – при выявлении произвести их дезинфекцию в соответствии с инструкцией.
- Внимательно осмотреть протирачные средства на наличие острых предметов, при обнаружении – убрать их.

- При использовании табуретки пригласить страхующее лицо. Для обработки поверхностей на высоте выше 2 м использовать телескопические швабры.

3.2. Технологии очищения и дезинфекции поверхностей при уборках в ЛПУ

Главными элементами уборки помещений являются очищение и дезинфекция поверхностей в помещениях ЛПУ – мебели, стен, окон, полов. Для этого используются различные очищающие и дезинфицирующие средства и уборочный инвентарь. Младший медперсонал должен быть знаком с особенностями применяемых технологий и средств.

3.2.1. Моющие и чистящие средства

Какие моющие средства обычно не требуют смывания после очищения поверхности методом протирания?

Как удалить ржавые разводы, не повредив эмали?

Современный рынок предлагает большое разнообразие моюще-чистящих средств, которые можно использовать при уборке в помещениях ЛПУ. Свойства этих средств во многом зависят от их pH, которая, как известно, может колебаться от 0 до 14:

низкая pH от 0 до 6 – кислая среда;

pH, равная 6–8, – нейтральная среда;

большая pH от 8 до 14 – щелочная среда.

Нейтральные моющие средства смывают грязь с поверхностей за счет поверхностно-активных веществ, входящих в их состав. Как правило, они не требуют смывания чистой водой.

Слабощелочные средства хорошо отчищают липкую грязь, вьевшуюся в поверхность. Они требуют защиты рук уборочного персонала. Смывание этих средств чистой водой не обязательно.

Сильнощелочные средства хорошо отчищают жирную, вьевшуюся грязь. Они способны повредить поверхности. Требуют тщательной защиты рук. Смывание подкисленной водой обязательно.

Кислые средства используют для удаления известковых налетов, отложений мочевого камня, ржавчины. Перед применением необходимо тщательно проверить влияние средств на поверхность – возможно повреждающее действие. Обязательно соблюдение рекомендуемых мер безопасности.

Внимание! Категорически запрещено смешивать различные чистяще-моющие средства: возможны опасные химические реакции.

Удаление ржавчины

Под воздействием ржавчины, содержащейся в воде, сантехника приобретает грязно-коричневый цвет. Для его удаления используются чистящие средства, имеющие кислую среду. Они хорошо снимают ржавчину, однако могут повредить эмаль. Особенно это касается соляной кислоты – ее не следует использовать для чистки изделий из эмали. Средства, содержащие соляную кислоту, предназначены исключительно для чистки фаянсовых и керамических предметов.

Следует иметь в виду, что, растворяя ржавчину, любые средства, содержащие кислоту, образуют соли, которые способны разрушать эмаль. Чтобы избежать этого, поверхность после обработки чистящим средством тщательно промывают чистой водой.

Необходимо подчеркнуть, что такие чистящие средства нельзя применять для ежедневной чистки эмалированных изделий, так как это через определенное время неизбежно приведет к размягчению и даже растворению эмали.

Большинство чистящих средств содержат в своем составе абразивы и моющие добавки, позволяющие очищать приборы не только от ржавчины, но и от других отложений.

Внимание! При использовании чистящих средств, содержащих кислоты, необходимо защищать руки – использование хозяйственных перчаток обязательно.

3.2.2. Дезинфекция поверхностей при проведении уборок

Два метода дезинфекции при обработке поверхностей: физическое удаление микроорганизмов и уничтожение с помощью химических средств

Уборка в ЛПУ – эффективный метод профилактики ВБИ. В процессе уборки осуществляются дезинфекционные мероприятия. Их цель – уменьшить количество микроорганизмов, находящихся во внешней среде ЛПУ и по возможности уничтожить их или дезактивировать.

Основными методами дезинфекции, применяемыми при уборках, являются:

- мытье водой с моющими средствами, вследствие чего микроорганизмы удаляются с поверхностей механическим путем;
- обработка (протирание, замачивание, орошение и др.) дезинфекционными средствами, в результате большая часть микроорганизмов погибает.

Опасности метода протирания. Как их преодолеть?

При протирании поверхности с помощью ветоши следует иметь в виду, что она может довольно быстро загрязняться, при этом не просто становится

грязной, но также возможна ее контаминация микроорганизмами, которые находятся на уже обработанных поверхностях. Таким образом, ветошь становится источником загрязнения и контаминации других, еще не обработанных участков поверхностей. Чтобы этого не произошло, рекомендуется тщательно споласкивать ветошь в ведре с раствором, а сам раствор регулярно менять. Однако эта мера не гарантирует чистоты. Поэтому довольно часто используется **техника «двух ведер»**. При использовании этой техники в одно ведро наливают моющее-дезинфицирующий раствор, а в другое – чистую воду. При обработке поверхностей ветошь перед обработкой поверхности смачивают в моющее-дезинфицирующем средстве, а после обработки – споласкивают в ведре с чистой водой. После споласкивания – хорошо отжимают и только после этого опять смачивают в первом ведре с моющее-дезинфицирующем средством. Используя этот метод, необходимо тщательно следить за отжиманием ветоши после споласкивания в воде. Если отжимание проводится недостаточно тщательно, происходит разведение рабочего раствора моющее-дезинфицирующего средства и нарушается режим обработки. Учитывая, что и эта техника имеет серьезные недостатки, в настоящее время для профилактики распространения инфекции при обработке поверхностей все чаще используют одноразовые салфетки, которые выбрасывают после загрязнения. Последним достижением на пути усовершенствования метода протирания является заблаговременное приготовление салфеток, смоченных в моющее-дезинфицирующем средстве и отжатых до нужной степени. В этом случае санитарке или уборщице и вовсе не нужно использовать ведра и другие емкости для моющее-дезинфицирующих средств, они используют лишь два мешка: один – с заранее смоченными салфетками, а другой – для этих же салфеток, но уже после их использования.

Выбор режима обработки дезинфекционными средствами (ДС)

Согласно СанПиНу 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (см. п. 6 раздела 3) при проведении уборок с применением растворов дезинфицирующих средств (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях дезинфицируют способом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. Помимо протирания, может использоваться метод орошения, когда моющее-дезинфицирующее средство разбрызгивают на поверхности с помощью специальных устройств, и метод погружения – для небольших предметов и расходных материалов, которые погружают в емкость с ДС. При выборе режимов обеззараживания исходят из следующих принципов.

- Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры.

- При появлении в стационаре ВБИ обеззараживание проводят по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. Этот же принцип применяется в специализированных отделениях (палатах) для инфекционных больных.

- При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность распространения парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

Исходя из этих принципов 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.

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.

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

Пример выбора режима обработки для палат

Уважаемая редакция!

Помогите разобраться с новыми требованиями к обработке полов при проведении текущих и генеральных уборок. Речь пойдет не о процедурных или оперблоках, а об обычных палатах, кабинетах, коридорах.

Согласно многолетней практике нашей больницы при проведении текущих уборок в помещениях этой группы для мытья полов используются дешевые моющие средства без добавления дезинфицирующих средств. ДС используются при текущих уборок палат и коридоров только для обработки поверхностей (мебели, оборудования и т.п.).

Последние годы мы используем ДС, обладающие двойным действием – моющим и дезинфицирующим, которые не требуют смывания.

Новый СанПиН 2.1.3. 2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» требует, чтобы при текущих и генеральных уборок палат применялись ДС в антибактериальном режиме. При этом не делается различия для пола и для других поверхностей.

Правильно ли я поняла, что теперь при мытье полов в палатах и коридорах обязательно следует использовать ДС в антибактериальном режиме? Ведь это резко увеличивает расходы ДС. Да и больных надо бы пожалеть – ведь это им дышать токсичными испарениями дважды в сутки!

Уважаемые коллеги, вы правильно подметили – СанПиН 2.1.3. 2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» в самом деле не делает различий в режимах обработки полов и других поверхностей при текущих уборках палат, кабинетов, коридоров и других помещений этой группы. Вам придется внести изменения в привычный режим уборок. Теперь при текущей уборке в палатах дезинфекции по антибактериальному режиму следует подвергать не только поверхности мебели, оборудования, стен, но и полы.

Правомерны вопросы: Насколько обоснованы изменения регламента? Какие исследования положены в основу этого СанПиНа? Кто доказал, что двукратная мойка полов моющим раствором без добавления дезинфекционных средств не обеспечивает необходимой чистоты и обеззараживания полов в палатах? И, наоборот, кто доказал, что обработка полов рабочим раствором ДС обеспечивает эффективную деконтаминацию и безопасность для персонала и больных?

К сожалению, в нашей стране в нормативных актах не принято ссылаться на источники, где имеются обоснования тех или иных положений, содержащихся в них. И мы не можем привести ни одного научного доказательства целесообразности внесенных изменений. Это, однако, не означает, что новые требования не следует выполнять. СанПиН – это документ, имеющий силу закона.

3.2.3. Расчет потребности в дезинфекционном средстве

Нормативные документы требуют проведения точного расчета потребности в ДС для отдельных подразделений и всего ЛПУ в целом. Одним из направлений расходования ДС являются уборки помещений – текущие и генеральные.

Как посчитать, какое количество ДС потребуется для проведения одной текущей или одной генеральной уборки в том или ином помещении ЛПУ?

Пример расчета расхода ДС при проведении генеральной уборки в процедурном кабинете

Справочные сведения

- Кабинет относится к группе помещений, где генеральная уборка проводится 1 раз в неделю по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов.

- Кабинет имеет стандартные размеры:
площадь – 24 кв. м (4х6);
высота – 3 м.
- Для уборки используется ДС с моющими свойствами, что позволяет соединить обработку с мойкой.
- Потолок не обрабатывается.
- Используется метод протирания.
- Норма расхода при дезинфекции методом протирания указана в инструкции по применению дезинфицирующего средства. Как правило, она составляет 100 мл на 1 кв. м.
- При замачивании ветоши норма расхода, как правило, составляет 4 л рабочего раствора ДС на 1 кг сухой ветоши. Следует уточнить по инструкции к ДС.

Расчет

1. Определим расход рабочего раствора ДС.

Исходя из стандартных размеров кабинета и его типового оснащения общая площадь обработки при генеральной уборке составит около 90–100 кв. м, из них 24 кв. м – площадь пола и 10 кв. м – площадь обрабатываемых поверхностей мебели и оборудования.

Примерный вес сухой ветоши и тряпок для мытья пола можно принять за 1–1,5 кг.

Таким образом, примерный объем рабочего раствора, необходимого для уборки, будет следующим:

- для обработки пола – 2,5 л;
 - для обработки мебели, оборудования – 1 л;
 - для обработки стен – 6 л;
 - для замачивания ветоши и обработки уборочного инвентаря – 4–6 л.
- Итого – 14–16 л рабочего раствора ДС.

Объемы используемых емкостей должны соответствовать представленным расчетам.

2. Определим расход концентрата ДС

Предположим, рабочий раствор ДС имеет концентрацию, равную К%.

Сколько понадобится концентрата ДС, чтобы приготовить 14–16 л рабочего раствора такой концентрации?

Если мы хотим приготовить 100 мл К% – рабочего раствора, необходимо взять К (мл) концентрата ДС, для приготовления 1 л рабочего раствора понадобится в 10 раз больше концентрата – 10К, а для приготовления 14–16 л – 14–16 раз по 10К.

Итак, на одну генеральную уборку процедурного кабинета понадобится 14–16 (10К) мл концентрата ДС.

Если мы выбрали ДС, которое обеспечивает необходимый режим де-

зинфекции при концентрации 10%, то на одну генеральную уборку потребуется 1400–1600 мл ДС.

Если мы выбрали ДС, которое обеспечит нужный режим при концентрации 0,01%, то нам понадобится в 1000 раз меньше – 1,4–1,6 мл ДС.

3.2.4. Правила эффективной дезинфекции поверхностей

Чтобы при проведении уборок достичь нужного уровня дезинфекции, следует строго соблюдать ряд важных правил.

Правила, обеспечивающие эффективность дезинфекционных работ при уборке помещений ЛПУ, для уборочного персонала

1. Ознакомьтесь с Инструкцией по применению дезинфекционного средства, которое вам выдали для работы, или с выпиской из этой инструкции. Выписка должна быть заверена подписью главной или старшей медицинской сестры (врачом-эпидемиологом).

Ознакомьтесь с Инструкцией по проведению дезинфекционных работ, которые вам поручены (Инструкция по проведению текущей уборки, по обработке суден, по мытью посуды и т.п.).

2. Строго соблюдайте рекомендованную методику приготовления рабочих растворов моюще-дезинфицирующих средств.

Получите четкие инструкции от старшей медицинской сестры о технике приготовления рабочего раствора ДС. Получите мерную емкость для отмеривания концентрата и ведро (емкость) для рабочего раствора с нанесенными метками, указывающими объемы налитой жидкости. Попросите старшую медицинскую сестру показать вам, как следует производить разведение концентрата с использованием этих емкостей.

- Не допускайте недолива концентрата – занижение дозы ДС не обеспечит необходимого обеззараживания, микроорганизмы сохранят свою жизнеспособность.

- Не допускайте перелива ДС – завышение дозы может привести к повреждению обрабатываемых поверхностей. Не исключены негативные воздействия на организм медицинского работника и пациентов.

Проверьте надписи на емкостях – они должны соответствовать работам, которые вам поручено выполнять. Например, на емкости, которую вы будете использовать при обработке стен и мебели в палатах, должна быть надпись «Палаты, обработка стен, текущая уборка».

- Категорически запрещается использовать емкости не по назначению!

Контролируйте температуру воды, которую вы используете для приготовления рабочих растворов.

Уточните в Инструкции по применению средства, как меняется его эффективность при понижении температуры. При низких температурах (ниже 18°C) процесс дезинфекции может замедляться. Получите у старшей медицинской сестры термометр для контроля температуры воды. При

низких температурах используйте подогретую воду.

При загрязнении рабочего раствора замените его чистым. Загрязненный раствор теряет свою эффективность. Иногда он может содержать микроорганизмы – в этих случаях его применение приведет к распространению инфекции.

3. Строго соблюдайте рекомендованную технологию обработки.

При обработке площадей двигайтесь от чистых участков к грязным. Обеспечивайте достаточное смачивание поверхностей согласно нормативам расходования применяемых средств. При обработке загрязненных участков имейте в виду, что грязь защищает микроорганизмы от губительного действия дезинфекционного средства. В таких случаях необходима механическая очистка загрязненных мест.

4. Получите от старшей медицинской сестры четкие инструкции, как действовать при уборке мест, обильно загрязненных кровью (например, при обработке засохшей лужи крови на полу).

При замачивании предметов в растворах дезинфекционных средств обеспечьте их полное погружение – не менее 1–2 см раствора над погруженным обеззараживаемым предметом.

5. Строго выдерживайте необходимую экспозицию (время действия дезинфекционного средства, время замачивания).

- Никогда не определяйте длительность экспозиции на глаз.

3.2.5. Вопросы безопасности при работе с ДС

Работа с ДС относится к разряду вредных для здоровья. В процессе дезинфекционных работ персонал, осуществляющий уборку, может столкнуться со следующими вредными факторами производственной среды:

- микроорганизмами, которые при попадании на кожу и слизистые могут вызвать инфекционное заболевание;
- химическими веществами (дезинфекционными средствами), оказывающими токсическое действие и способными вызвать аллергические реакции.

Все работники, использующие дезинфекционные средства, должны проходить профилактические осмотры (предварительные и периодические).

Все работники, использующие дезинфекционные средства, должны проходить профессиональное обучение по их безопасному использованию, с последующим контролем знаний в виде аттестации.

Необходимо тщательно изучить меры безопасности, которые следует соблюдать при работе с данным конкретным дезинфицирующим средством.

Эти меры изложены в Инструкции по применению этого средства. Желательно, чтобы инструкция или выписка из нее хранились в доступном для работника месте.

Следует строго соблюдать предписанные меры безопасности в части применения спецодежды (халат, перчатки, маска или респиратор, сплош-

ные непромокаемые сверху туфли, резиновый фартук), использования емкостей с плотно закрывающимися крышками, проветриваний помещений и т.п.

Перед надеванием перчаток следует проверить целостность кожных покровов. При обнаружении царапин, заусениц и других повреждений заклеить их лейкопластырем. После окончания работы следует снять перчатки и спецодежду. Руки тщательно вымыть водой с мылом, а затем обработать кожным антисептиком.

При повреждении перчаток в ходе выполнения работ следует снять их, вымыть руки водой с мылом, обработать антисептиком, а затем надеть новые целые перчатки.

Если на руках были повреждения, обработку антисептиком следует повторить дважды с выдержкой необходимой экспозиции, а затем заклеить рану лейкопластырем.

Необходимо изучить по инструкции первые симптомы острого отравления дезинфекционным средством и меры первой помощи.

Необходимо изучить местное действие применяемого средства и первую помощь при попадании его на кожу и слизистые. Выписка из инструкции, содержащая эту информацию, должна быть доступна для работников. Аптечка неотложной помощи должна включать средства, рекомендованные в качестве первой помощи.

3.3. Инструкции по уборке помещений

Младший медперсонал должен иметь четкие инструкции по уборке всех помещений в ЛПУ. Приведем примеры инструкций уборки в санузле и в палате общего профиля.

Правила санитарной обработки палат

1. Общие требования

1.1. Текущая уборка в палатах в стационаре проводится влажным способом 1–2 раза в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, допущенных к применению в ЛПУ в установленном порядке. Дезинфицирующие средства должны быть разрешены для применения в присутствии пациентов и не обладать раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

1.2. Для уборки применяются средства с дезинфицирующим действием по режиму, обеспечивающему гибель бактериальной микрофлоры согласно п. 7.46. СП 3.1.2.485-09. При появлении в стационаре внутрибольничных инфекций дезинфицирующие средства используют по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

1.3. Текущая уборка палат проводится в первой половине дня (после смены постельного белья).

1.4. Хранение уборочного инвентаря осуществляется в специальном помещении, в шкафах, в отдельных секциях, промаркированных в соответствии с тем, для обработки какого объекта и какого помещения они предназначены. Весь уборочный инвентарь после уборки подлежит дезинфекции, мытью и сушке.

Внимание! Персонал, осуществляющий уборку палат, контролирует наличие и исправность принадлежностей общего пользования в палате (наличие лампочек, исправность розеток, оборудования, мебели). О проблемах, возникших во время работ в палатах, необходимо срочно сообщить сестре-хозяйке, старшей медсестре.

1.5. Ответственность за качество проведения санитарной обработки палат несет персонал, осуществляющий уборку.

1.6. Персонал, осуществляющий уборку палат, несет также ответственность за наличие, исправность и надлежащий вид уборочного инвентаря. При обнаружении неисправности или недостающего уборочного инвентаря, необходимо срочно сообщить сестре-хозяйке.

1.7. Контроль качества проведения уборки, выявление дефектов лежат на старшей медсестре. Проводится осмотр палат, особое внимание обращается на состояние труднодоступных мест (под раковиной, за батареями, за шкафами).

2. Технология проведения текущей уборки палат*

2.1. Перед началом уборки необходимо предупредить об этом больных и получить их согласие.

2.2. Подготовить необходимое оборудование и инвентарь для уборки: ведро, швабру и тряпку для мытья пола, чистую ветошь для протирки мебели, оборудования, пластиковые пакеты для сбора использованной ветоши, емкость для дезинфицирующего раствора для обработки мебели и оборудования.

2.3. Вымыть руки, надеть халат для уборки и перчатки.

2.4. Перед входом в палату установить знак «Осторожно, мокрый пол!».

2.5. Собрать отходы и поместить в контейнер с маркировкой «Отходы класса А (неопасные)».

2.6. Налить в емкости для обработки поверхностей и для обработки пола необходимое количество дезинфицирующего раствора, которое должно соответствовать обрабатываемой площади.

2.7. Чистой ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором из контейнера для дезинфекции мебели в палатах, снять пыль со всех горизонтальных поверхностей (тумбочка, прикроватный светильник, консоли, спинки кровати, подоконник, приборы отопления, телевизор, телефон,

* Настоящая инструкция предполагает использование средства, которое не требует смывания по окончании экспозиции.

пульт вызова и т.д.). После обработки горизонтальных поверхностей обрабатывают боковые поверхности и ножки палатной мебели.

2.8. Удалить пятна и видимые загрязнения со стен и дверей, уделяя особое внимание местам, прилежащим к выключателям, дверным ручкам, наличникам.

Внимание! Ложе кровати больного, матрацы и подушки в процесс повседневной уборки и обработки палаты не включены. Санитарная обработка этих принадлежностей проводится при выписке пациента.

2.9. Моюще-дезинфицирующим раствором из ведра для мытья полов обработать пол в палате, особенно тщательно обработать плитуса и углы.

2.10. Проветрить палату.

Внимание! Знак «Осторожно, мокрый пол!» не убирать до тех пор, пока пол не высохнет.

2.11. Ветошь для уборки менять при видимом загрязнении.

2.12. По окончании уборки палат весь уборочный инвентарь подлежит дезинфекции при полном погружении в дезинфицирующий раствор на время экспозиционной выдержки. После проведения дезинфекционной обработки уборочный инвентарь необходимо просушить и убрать в шкаф «Для хранения уборочного инвентаря палат».

3. Технология проведения генеральной уборки палат

Генеральная уборка проводится после выписки больного, но не реже 1 раза в месяц по графику, утвержденному главным врачом. Постельные принадлежности из палаты (одеяло и подушку) направляют в дезкамеру.

Первый этап

3.1. В палату доставляют необходимые для проведения генеральной уборки оборудование и материалы:

- ведро, швабру, емкость для ДС для обработки стен и поверхностей оборудования, ветошь для мытья стен и пола в палате;
- чистую ветошь для мебели, оборудования;
- пластиковые пакеты для сбора использованной ветоши, спецодежды.

3.2. В ведро и емкость наливают ДС. Количество дезинфицирующего раствора должно соответствовать обрабатываемой площади. Норма расхода дезинфицирующего раствора при дезинфекции методом протирания указана в инструкции по применению дезинфицирующего средства, как правило, она составляет 100 мл на 1 кв. м.

3.3. Младший медицинский персонал, осуществляющий генеральную уборку, моет руки и надевает халат для уборки, шапочку, маску, резиновые перчатки.

3.4. Чистой ветошью, смоченной ДС из емкости для обработки мебели и

оборудования, протирают внутренние поверхности шкафов и другой мебели.

3.5. Мебель (при возможности) отодвигают от стен к центру.

3.6. Чистой ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором из емкости для мытья стен, протирают стены (плавными движениями сверху вниз), подоконники, радиаторы, двери. Для мытья радиаторов, труднодоступных мест используют ерши.

3.7. Ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, протирают внутреннюю (со стороны палаты) поверхность окна, удаляют со стекол пятна, загрязнения. Двухстороннее мытье стекол проводят не реже трех раз в год (весной, летом, осенью).

3.8. Чистой ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором из контейнера для дезинфекции мебели в палатах, снимают пыль со всех горизонтальных поверхностей (тумбочка, прикроватный светильник, консоли, спинки кровати, подоконник, приборы отопления, телевизор, телефон, пульт вызова и т.д.), начиная с верхних, включая карнизы, оконные рамы, пластиковые шторы. Матрас обеззараживают раствором дезинфицирующего средства с обеих сторон методом протирания. Затем переходят к обработке вертикальных поверхностей. Ветошь для мытья стен, мебели и оборудования меняют при появлении видимых загрязнений.

3.9. В последнюю очередь дезинфицирующим раствором из емкости для обработки мебели и оборудования обрабатывают емкости для сбора мусора и отходов. Емкость для обработки мебели, ведро для мытья стен после окончания дезинфекции протирают изнутри и снаружи ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.

3.10. Ветошь для уборки пола в палате смачивают дезинфицирующим раствором из ведра для пола и обрабатывают пол.

3.11. Использованную во время уборки ветошь сбрасывают в мешок для сбора ветоши и выносят в санитарную комнату для обеззараживания.

3.12. Халат, маску, перчатки снимают, помещают в одноразовый мешок и выносят в санитарную комнату для обеззараживания. После снятия спецодежды руки обрабатывают кожным антисептиком.

3.13. Обработанное помещение закрывают на время проведения дезинфекции. Время дезинфекции определяется по инструкции по применению ДС с учетом выбранного режима обработки.

Второй этап

3.14. По окончании времени дезинфекции персонал протирает обувь дезинфицирующим раствором, моет руки, надевает чистый халат, маску, перчатки.

3.15. В емкости для мытья стен и мебели наливают водопроводную воду. Чистой ветошью, смоченной водопроводной водой, медперсонал отмывает все поверхности в той же последовательности, что и при нанесении дезинфицирующего раствора.

3.16. Внутреннюю поверхность окна, другие стеклянные поверхности,

зеркала в палате и туалетной комнате после удаления дезинфицирующего раствора следует вытереть насухо и отполировать.

3.17. По окончании генеральной уборки проводят обеззараживание воздуха. Для открытых и комбинированных облучателей время облучения должно находиться в пределах 0,25–0,5 часа, закрытых облучателей (реширкуляторов) – 1–2 часа.

3.18. 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.

3.19. Сотрудник, проводивший уборку, делает запись в журнале генеральных уборок и журнале бактерицидных ламп с четким заполнением граф.

3.20. Генеральная уборка перед наступлением осенне-зимнего сезона должна включать обязательное двухстороннее мытье стекол и проверку плотности закрытия рам.

Правила санитарной обработки туалетов*

1. Общие требования

1.1. Ежедневная уборка в туалетных комнатах проводится через каждые два часа с использованием профессиональных моющих средств. Два раза в день помещения и оборудование обрабатывают растворами дезинфицирующих средств, интервал между обработками составляет 6–8 часов. Один раз в месяц проводится генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств.

1.2. Для дезинфекции используют дезинфицирующие средства, допущенные к применению в установленном порядке. Дезинфицирующие растворы используют в концентрации, обеспечивающей гибель бактериальной микрофлоры.

1.3. Весь уборочный инвентарь после уборки подлежит дезинфекции, мытью и сушке.

Перед началом и по окончании проведения уборки персонал, осуществляющий уборку, обязан вымыть руки. По окончании уборки руки дополнительно обрабатывают кожным антисептиком

1.4. Персонал, осуществляющий уборку, несет также ответственность за наличие, исправность и надлежащий вид уборочного инвентаря. При обнаружении неисправности или недостающего уборочного инвентаря необходимо срочно сообщить сестре-хозяйке.

1.5. Контроль качества клининговых работ, выявление дефектов лежат на менеджере (администраторе) компании. Один раз в неделю качество текущей и генеральной уборок оценивается комплексно главной медицинской сестрой отделения и менеджером клининговой компании с составлением чек-листов, которые должны содержать перечень оцениваемых работ и замечания, вы-

* Правила составлены для клининговой компании.

явленные в ходе проверки, по каждому виду работ. На основании данных чек-листов определяется процент качества уборки. Результаты комплексного контроля доводятся до сведения администрации учреждения. Выявленные недостатки устраняются в максимально короткие сроки.

Оснащение для проведения уборки

Для проведения уборки персоналу необходимо иметь:

- халат, маску;
- перчатки резиновые;
- ведро и швабру, моп для мытья стен и потолка;
- ведро, швабру, моп для мытья пола;
- салфетки для обработки зеркал, раковины, поверхностей санитарно-технического оборудования;
- емкость для дезинфицирующего раствора для обработки поверхностей;
- контейнер и щетку для мытья унитаза;
- ветошь для удаления дезинфицирующего раствора со стен, потолка, оборудования при проведении генеральной уборки;
- пластиковые пакеты для сбора использованной ветоши;
- моющие и дезинфицирующие средства;
- мерные емкости для приготовления рабочих растворов моющих и дезинфицирующих средств.

Хранение уборочного инвентаря осуществляется в санитарных комнатах в отдельных секциях, промаркированных в соответствии с тем, для обработки каких объектов этот инвентарь применяется.

2. Технология проведения текущей уборки туалетной комнаты

2.1. Подготовить необходимое оборудование и инвентарь для уборки.

2.2. Вымыть руки, надеть халат и перчатки.

2.3. Перед входом в туалет установить предупреждающий знак «Осторожно, мокрый пол!».

2.4. Проверить туалет, собрать отходы и поместить в контейнер для сбора мусора.

2.5. Приготовить раствор дезинфицирующего средства с применением мерных емкостей. Для обработки унитаза необходимо приготовить 1 л дезинфицирующего раствора для обработки поверхностей (в контейнере для обработки поверхностей), 5 л для обработки пола и 0,5 л для мойки внутренней поверхности унитаза. Наполнить растворами соответствующие емкости.

2.6. Влажной салфеткой, смоченной в дезинфицирующем растворе из контейнера для обработки поверхностей, протереть зеркало, фаянсовые и фарфоровые поверхности (в том числе дозаторы для жидкого мыла, диспенсеры для хранения салфеток и т.п.). Удалить пятна и видимые загрязнения со стен и дверей, уделяя особое внимание местам, прилежащим к выключателям, дверным ручкам, наличникам.

2.7. Салфетку для мытья раковины смочить в дезинфицирующем растворе и протереть краны и умывальник. Салфетку для мытья унитаза смочить дезинфицирующим раствором и протереть сиденье унитаза, наружную поверхность унитаза. Все поверхности оставить влажными на время экспозиционной выдержки дезинфицирующего раствора.

2.8. Дезинфицирующим раствором с помощью круглого ерша вымыть внутреннюю поверхность унитаза, уделяя особое внимание местам под сиденьем.

2.9. По окончании экспозиционной выдержки дезинфицирующего раствора все поверхности туалетной комнаты необходимо протереть влажными салфетками, затем сухими и отполировать.

2.10. Вставить пакеты для сбора мусора, предварительно увлажнив моющим дезинфицирующим средством контейнер для сбора отходов, отполировав наружную поверхность.

2.11. Всю использованную ветошь для мытья стен, поверхностей поместить в пластиковый мешок.

2.12. Ветошь для мытья пола в туалете смочить в дезинфицирующем растворе и протереть пол в туалете.

2.13. Один раз в неделю моют стены на высоту до 2 м. В этом случае дополнительно готовят 5 л раствора дезинфицирующего средства для мытья стен. Уборку унитаза начинают с мытья стен.

2.14. Проветрить туалет.

Внимание! Знак «Осторожно, мокрый пол!» не убирать до тех пор, пока не высохнет пол.

2.15. Материал для уборки менять при видимом загрязнении.

2.16. По окончании уборки весь уборочный инвентарь подлежит дезинфекции при полном погружении в дезинфицирующий раствор на время экспозиционной выдержки. После окончания времени дезинфекции уборочный инвентарь необходимо промыть под проточной водой и просушить.

3. Технология проведения генеральной уборки туалетной комнаты

3.1. Генеральная уборка проводится один раз в месяц с мытьем стен и потолка.

Подготовку к проведению генеральной уборки осуществляют так же, как и при ежедневной уборке.

3.2. Генеральную уборку начинают с мытья потолка и стен.

3.3. Ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, протирают внутреннюю поверхность окна, удаляют со стекол пятна, загрязнения. Двухстороннее мытье стекол проводят не реже трех раз в год (весной, летом, осенью).

3.4. После мытья потолка и стен переходят к обработке фаянсовых и фарфоровых поверхностей, кранов, умывальника, унитаза.

3.5. Контейнер для обработки поверхностей, ведро для мытья стен после окончания дезинфекции протирают изнутри и снаружи ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.

3.6. По окончании времени дезинфекции в емкости для мытья стен и потолка наливают водопроводную воду. Чистой ветошью, смоченной водопроводной водой, отмывают все поверхности в той же последовательности, что и при нанесении дезинфицирующего раствора.

3.7. Внутреннюю поверхность окна, другие стеклянные поверхности, зеркало после удаления дезинфицирующего раствора следует вытереть насухо и отполировать.

3.8. 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.

Раздел 4. Уход за больным

В данном разделе речь пойдет об общем уходе, который может выполнять младший медперсонал. Он включает как минимум обеспечение бытовой безопасности пациента, удобное расположение и перемещения в постели и по отделению, личную гигиену и профилактику пролежней, кормление и помощь при проблемах с мочеиспусканием и дефекацией.

4.1. Безопасность больного

Первым требованием ухода является безопасность больного, которую должен обеспечить персонал, осуществляющий уход.

Какие опасности угрожают больному, находящемуся в обычной больничной палате?

Угроза падения

Падения больных чреваты серьезными травмами. В палате не должно быть предметов, о которые больной может споткнуться и упасть. Больному угрожают неприбитые ковровые настилы, коврики, низкие предметы мебели, электрические провода. Опасны скользкие поверхности (мокрые полы). Ночью, если больной проснулся и встал, ему может быть трудно ориентироваться, поэтому должна быть возможность включить ночной свет. Если больной чувствует себя неуверенно, ему необходимо иметь возможность вызвать санитарку, которая сопроводит его до туалета.

Падение с кровати. Падения с кровати опасны и для маленьких пациентов, и для ослабленных взрослых. Необходимо предусмотреть специальные меры безопасности. Для больных с повышенным риском падений рядом с кроватью необходимы кнопки вызова медсестры, чтобы они не пытались самостоятельно достать упавший телефон или ложку. По возможности им следует обеспечить низкие постели. Не следует надеяться на перегородки. Они, наоборот, увеличивают высоту падения и утяжеляют травматизацию.

Падение из окна. Особую угрозу представляют открытые окна и плохо закрепленные оконные рамы, если палата находится не на первом этаже.

8 августа 2012 г. в Астрахани из окна Областной детской клинической больницы выпал трехлетний ребенок. В результате падения девочка получила телесные повреждения, от которых скончалась в реанимационном отделении этой же больницы. По информации следственных органов, девочка поступила в отделение с диагнозом «Отравление лекарственными препаратами». С ней для ухода была госпитализирована ее тетя. На следующий день после поступления, примерно в 16.30, девочка, выдавив противомоскитную сетку, выпала из окна третьего этажа. В настоящее время следователями истребо-

вана все необходимая медицинская и техническая документация, регламентирующая правила нахождения детей на стационарном лечении, с целью установления лиц, виновных в гибели ребенка. По результатам доследственной проверки будет принято решение о возбуждении уголовного дела. По предварительным данным, в ненадлежащем исполнении своих должностных обязанностей, повлекших по неосторожности смерть малолетней девочки (ч. 2 ст. 293 УК РФ), подозревают старшую медицинскую сестру отделения.

Пожарная безопасность

С точки зрения пожарной безопасности младший медперсонал должен обращать внимание на три обстоятельства: на состояние электропроводки и выключателей в палате, на наличие неразрешенных электрических приборов у больных (например, кипятильников, зимой – обогревательных приборов), на курение в палатах и других неразрешенных местах. Необходимо освободить доступ к дверям, которые должны быть доступны в случае пожара. Персонал должен быть обучен, что делать при опасности возникновения пожара.

Ожоги

Причиной ожогов могут стать батареи и электронагревательные приборы, горячий суп или чай, горячая вода в кранах. При укладывании больного в постель, стоящую около батареи, надо следить, чтобы он не мог прикоснуться к ней. Больные, находящиеся без сознания, ослабленные или обездвиженные больные, а также больные с нарушениями чувствительности могут получить тяжелые ожоговые повреждения от долгого прикосновения к горячей батарее. Температура воды в кранах не должна превышать 49°C.

Безопасное расположение больного в постели

Удушение в кровати. Обычная постель может стать источником опасности для больного. Для маленьких детей кровать, слишком близко придвинутая к стене или к другой кровати, или кровать, имеющая ограждение в виде решетки, создает угрозу удушения, если ребенок, оставшийся без присмотра, протиснет голову в узкую щель, но не сможет вынуть ее. Такие случаи происходят с известной регулярностью, и потому в нормативных документах имеются требования к размещению детских кроватей в палатах, а также к конструкции кроватей. Расстояние между решетками кровати не должно превышать 6 см. Опускаемая стенка решетки кровати должна фиксироваться с двух сторон. Основание кровати под матрац должно быть надежно закреплено. Кроватки следует проверять на износ, поломки необходимо сразу устранять. Если рост ребенка 90 см и более, кроватка с решеткой должна быть заменена на обычную. Эти и другие требования безопасности следует строго соблюдать. Особенно важно донести требования к размещению кроваток до санитарок, которые в процессе уборки могут переместить их, нарушив требования безопасности.

Серьезный риск ребенку или ослабленному больному создают мягкие подушки и матрацы. Случайно перевернувшись и уткнувшись в подушку или мягкий матрац, ребенок не сможет освободить дыхательные пути и задохнется. Использование мягких матрацев и подушек должно быть запрещено. Серьезным источником опасности удушения может стать отклеившийся лейкопластырь, случайно попавший в кровать кусок целлофана, сломавшаяся пустышка.

Большую опасность представляют батареи, о чем было сказано выше.

Опасность гигиенических процедур

При проведении гигиенических процедур возможны следующие несчастные случаи: падения (необходимы специальные поручни в туалетах и ванных комнатах), утопления при принятии ванн (маленьких детей и ослабленных больных нельзя оставлять без наблюдения ни на секунду), ожоги при несоблюдении температурного режима. Так, для новорожденных может оказаться смертельным обычное подмывание. В Интернете описано несколько случаев, когда малышей купали под струей воды из-под крана, но она оказалась слишком горячей и послужила причиной обширных ожогов. Один из случаев закончился осуждением акушерки на условный срок.

Пищевая безопасность

Убирая в палате и в холодильнике, младший медперсонал должен обращать внимание на то, что у больного могут быть только разрешенные продукты и храниться они должны в установленном порядке. Все не разрешенные к употреблению и ненадлежаще хранящиеся продукты должны безоговорочно изыматься.

4.2. Удобное положение в постели и перемещение

Для лежачих больных большое значение имеет удобное положение в постели и регулярные перемещения для профилактики пролежней, контрактур и т.п. Санитарки и младшие медсестры по уходу должны уметь правильно уложить пациента в различных положениях и владеть методами перемещения в постели. Следует помнить, что техника безопасности запрещает женщинам перемещать большие тяжести. Поэтому в отделениях, где есть лежачие больные, должна быть предусмотрена возможность работы парами.

Положения в кровати

Положение лежа на спине

Для укладывания больного в положение лежа на спине у кровати опускают изголовье и ножную часть так, чтобы ее поверхность была горизонтальной. Пациента размещают на спине, чтобы он лежал посередине кровати. Телу больного придают правильное положение: под голову укладывают подушку,

руки вытягивают вдоль туловища, ладонями вниз, под кисти и предплечья помещают маленькие подушки, чтобы кисти находились выше локтя и плеч, ноги составляют прямую линию от тазобедренных суставов. Под поясницу кладут маленькую мягкую подушку, моделирующую поясничный лордоз. Если ноги больного разворачиваются стопами наружу, с наружной стороны вдоль бедер и коленей подкладывают валики из одеял. Стопам придают вертикальное положение (носки вверх) – для этого используют валик или доску. Чтобы ослабить давление на пятки, под икры и лодыжки кладут небольшие подушечки.

Фаулерово положение на спине с приподнятым головным концом

Для укладывания больного в фаулерово положение необходимо сначала убедиться, что он лежит в положении на спине. Затем убирают все подушки и поднимают изголовье кровати на 90° (высокое фаулерово положение), 45° (собственно фаулерово положение) или 30° (низкое фаулерово положение). После этого все подушки кладут обратно. Ножную часть кровати слегка приподнимают, чтобы больной не съезжал вниз. Если ножной конец кровати не поднимается, под голени кладут подушки или сложенное одеяло. Руки укладывают ладонями вниз, кисти должны располагаться выше локтей и плеч. Стопы закрепляют в вертикальном положении – для этого используют валики или подушечки.

Положение лежа на боку

Для укладывания пациента на бок кровати придают горизонтальное положение. Пациент скрещивает руки и ноги в том направлении, в котором его будут поворачивать на бок. Далее пациента следует переместить к краю кровати в направлении, противоположном тому, куда он будет лежать лицом. Из этого положения производят переворачивание пациента на бок. Это делают следующим образом.

Если медработник находится с той стороны кровати, куда человек будет обращен лицом, ему следует поставить колено на край кровати. Чтобы край кровати не давил на ногу, под колено следует подложить подушечку. Руки кладут на плечо и на бедро пациента. В это время второй медработник или родственник больного с противоположной стороны вытаскивает край подкладной пеленки из-под матраца, скатывает ее вплотную к телу пациента и крепко берется за ее края ладонями вверх. Он встает близко к кровати и слегка сгибает колени. По команде он поднимает подкладную пеленку, поворачивая пациента, в то время как первый медработник давит на плечо и бедро больного, перекачивая его на бок.

Перевернув больного на бок, его телу придают правильное положение. Больной не должен лежать на копчике и тазобедренном суставе. Под голову кладут подушку. Плечо размещают так, чтобы больной не лежал на нем. Под спину подкладывают валик, чтобы больной не заваливался на спину. Под руку, лежащую сверху, кладут подушку. Ногу, лежащую сверху, сгибают в колене. Чтобы она не давила на ногу, лежащую снизу, под нее кладут подушку. В заключение расправляют скатанную в валик подкладную пеленку.

Перемещение больного в постели и на стул

Перемещение к изголовью постели с помощью подкладной пеленки

Кровать должна быть отодвинута от стены. Под головой и спиной больного должна быть расстелена подкладная пеленка. Сначала больного необходимо расположить лежа на спине, строго горизонтально, убрать из-под его головы подушку. Медработник встает у головного конца кровати, ноги ставит на расстоянии 30 см – одна чуть впереди другой. Подкладную пеленку сворачивают, берут ее за валик двумя руками ладонями вверх. Больного просят по возможности согнуть ноги в коленях. Медработник слегка приседает, согнув ноги в бедрах и коленях. Спина должна оставаться прямой. Не сгибаться! Предупредив пациента, на счет «три» с силой отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати. После чего следует расправить подкладную пеленку и подложить под голову больного подушку.

Перемещение к краю кровати

Убедиться, что больной лежит горизонтально, убрать подушку. Поставить ноги на ширину 30 см, одну ногу – немного вперед. Слегка присесть: согнуть бедра и колени. По возможности не следует наклоняться вперед, спина остается прямой. Попросить больного согнуть руки на груди. Подложить одну руку под шею и плечи больного, а другую – под верхнюю часть спины. На счет «три» выпрямиться, подтащив тело больного к краю кровати. Повторить движение, подложив руки под талию и нижнюю часть туловища пациента. Третий раз движение осуществляют, подложив руки под ноги и стопы больного.

Перемещение с кровати на стул или кресло-каталку

Каталку или стул ставят под небольшим углом к кровати с той стороны, где больной чувствует себя сильнее. У кровати фиксируют тормоза. Поднимают изголовье кровати, чтобы придать больному сидячее положение и опускают боковые поручни. Больного поворачивают так, чтобы он сидел, спустив ноги с постели. Дать больному отдохнуть одну-две минуты. Если он испытывает головокружение, дальнейшее перемещение следует прекратить.

При необходимости помочь больному одеться. Для дальнейшего перемещения больного просят поднять руки и обхватывают его, просунув руки под его руками (под мышками). Больной при этом охватывает медработника за талию.

Положение больного перед перемещением: ягодицы – на краю кровати, ноги стоят ровно на полу, пятки слегка повернуты в направлении движения. Положение медработника: нога, которая стоит дальше от стула, размещается между коленями больного, другая нога – по направлению движения.

Колени присогнуты. Мышцы живота и ягодиц напряжены. Спина выпрямлена. Медработник максимально придвинулся к пациенту. Голова медработника находится с той стороны больного, которая ближе к стулу.

Перемещение осуществлять на счет «раз, два, три». На первые два счета раскачивать больного, чтобы придать его телу инерцию. На счет «три» плавно поднять его, поворачиваясь вместе с пациентом, чтобы он встал перед стулом. Опустить пациента, не сгибая спины, сгибаются только колени.

4.3. Личная гигиена больного

Уход за полостью рта и чистка зубов

Уход за полостью рта включает уход за слизистыми внутренними поверхностями губ и щек, за поверхностью языка и зубами.

Различают два типа ухода за полостью рта:

- Чистка зубов и уход за полостью рта у больных без нарушения сознания.
- Уход за полостью рта пациентам, находящимся без сознания.

Чистка зубов и уход за полостью рта у больных без нарушения сознания

Туалет полости рта больным с дефицитом самоухода производят 2 раза в день, а также после еды или рвоты.

При уходе за полостью рта и чистке зубов медработник использует нестерильные латексные перчатки.

Пациента располагают в одном из следующих положений:

- на спине под углом более 45°, если это не противопоказано,
- лежа на боку,
- лежа на животе (или спине), повернув голову вбок.

Шею больного целесообразно обернуть полотенцем.

Перед чисткой и после нее больной ополаскивает рот, желательно использовать специальную жидкость для полоскания рта. Если больной не может сам прополоскать рот, используют грушевидный баллон. Чистку зубов можно производить зубной щеткой, марлей, закрепленной на корнцанге или специальными палочками. Используют зубные пасты. Чистку начинают с задних зубов, в направлении от задних к передним зубам. Последовательно вычищают внутреннюю, верхнюю и наружную поверхности зубов, выполняя движения вверх-вниз. При использовании тампонов, их меняют по мере загрязнения. Для обнажения зубов используют шпатель. По окончании чистки зубов чистят язык, внутренние поверхности губ и щек.

После обработки рта больной прополаскивает его (или проводится промывание из баллона).

Губы и кожу вокруг рта осушают, губы смазывают вазелином или гигиенической помадой.

Утилизация отходов класса Б.

Уход за полостью рта пациентам, находящимся без сознания

Если больной в коме (без сознания), туалет рта следует проводить чаще: каждые два часа, днем и ночью. Сначала необходимо обеспечить безопасные условия, препятствующие аспирации. Для этого опускают изголовье кровати и голову поворачивают набок. Это особенно важно, если у больного нарушено глотание.

Подготовка

Приготовить пинцет, шпатель, салфетки, антисептический раствор, перчатки.

Приподнять головной конец кровати, если больной находится в сознании и может глотать. Опустить головной конец кровати и повернуть голову набок, если больной без сознания или если у него нарушено глотание.

Вымыть руки, надеть перчатки.

Выполнение

Шпателем отодвинуть верхнюю губу, обработать десну и внутреннюю поверхность губы марлевым шариком, смоченным антисептиком. То же повторить с нижней губой.

Обернуть язык салфеткой, потянуть его на себя, снять налет.

Завершение

Снять перчатки, вымыть руки. Вернуть больного в физиологичное положение.

Уход за зубными протезами

Съемные протезы рекомендуется снимать ежедневно на 8 часов, чтобы отдохнули ткани полости рта. Обращаться с зубными протезами следует осторожно, чтобы они не сломались. Работать с протезами следует в перчатках. Помогая пациенту вынимать протезы из полости рта, необходимо помнить, что они, как правило, покрыты слизью и могут выскользнуть из рук. Вынутые протезы следует вымыть с помощью зубной щетки. Для этого нельзя использовать горячую воду, так как она может вызвать их деформацию. При мытье желательно держать их над чем-то мягким, чтобы в случае падения они не сломались. Хранят вынутые протезы в емкости с чистой прохладной водой.

Мытье пациента

Мытье в душевой

При мытье в душевой необходимо обеспечить безопасность пациента. Подробнее – см. Безопасность больного (с. 68).

Мытье в постели

Различают полное и частичное мытье пациента. При полном мытье обрабатываются все поверхности тела, при частичном – производят мытье лица, рук, подмышечных впадин, у женщин – под грудными железами, а также мытье промежности, ягодиц, спины.

Мытье пациента производят в перчатках и водонепроницаемом фартуке. Если у больного есть повреждения кожи, то необходимо защищать лицо от разбрызгивания.

Для мытья больного кровать устанавливают в максимально высокое положение, больного придвигают к краю, где находится медработник, поднимают головной конец. Под пациента подкладывают водонепроницаемую пеленку.

При мытье во избежание переохлаждения следует стараться укрывать те части тела пациента, которые в настоящий момент не обрабатываются.

Переходя от одного участка тела к другому, рекомендуется прополаскивать салфетку.

Алгоритм общей обработки кожи пациента в постели методом протирания с одновременной сменой белья

Подготовить пациента: подложить под него непромокаемую пеленку, снять нижнее белье, отодвинуть одеяло с груди, положить поперек груди полотенце.

Для обтирания используют салфетку (салфетку-рукавичку), процедуру выполняют в перчатках.

Обработку кожи начинают с лица: сначала протирают глаза от наружного края к внутреннему. Для каждого глаза используют чистый тампон, смоченный чистой водой. В дальнейшем используют мыльную воду или воду с добавлением специальных лосьонов.

Продолжают протирание в следующей последовательности: лицо, передняя часть шеи, за ушами. После чего обработанные поверхности вытирают, особенно тщательно – за ушами. Далее откидывают полотенце с груди и одеяло и слегка поворачивают пациента на бок, для того чтобы обработать переднебоковую часть тела в следующем порядке: шею, руку, грудь, живот, бедро. При этом регулярно прополаскивают салфетку и отжимают ее.

Пока больной лежит на боку – убирают защитную непромокаемую пеленку.

В это время можно провести смену простыни (пеленки). Для этого ее скатывают до половины вдоль всей кровати. Затем чистую простыню складывают пополам и центральную складку располагают по центру вдоль кровати. Нижнюю часть простыни заправляют под матрац. Больного поворачивают на спину так, чтобы обработанная чистая половина оказалась на чистой половине простыни. Чистую половину тела прикрывают одеялом.

Повторяют обработку другой половины тела.

После полной смены простыни больного укладывают на спину и укрывают, оставив открытыми ноги. Под ноги кладут непромокаемую пеленку. Проводят протирание ног от коленей к стопам, обращая особое внимание на состояние кожи межпальцевых промежутков. Ноги вытирают, при необходимости стригут ногти, закрывают ноги одеялом. После чего проводят интимную гигиену промежности – см. Уход за промежностью.

4.4. Профилактика пролежней

Профилактика пролежней включает тщательный уход за кожей – она должна быть чистой и сухой, однако не пересушенной, а также регулярную смену положения тела. Человека, который не может самостоятельно перемещаться в постели, необходимо переворачивать каждые 2 часа. Разработано 12-часовое «круговое» перемещение, когда больному последовательно, каждые 2 часа, меняют положения:

- лежа на левом боку,
- полуфаулерово положение,

- лежа на правом боку,
- на спине с приподнятой головой для приема пищи,
- лежа на левом боку,
- на животе,
- лежа на правом боку.

При перемещении пациента нельзя допускать трения его кожи о простыню – оно может привести к образованию кожного дефекта и пролежня.

Желательно использовать специальные противопролежневые матрасы.

Персонал должен быть обучен выявлять первые признаки возникновения пролежней, в его обязанность необходимо включить доклад о появлении таких признаков палатной медсестре или врачу.

4.5. Выведение продуктов жизнедеятельности

Многие больные, находящиеся на лечении в стационаре, имеют проблемы с выведением продуктов жизнедеятельности. Ходячим больным не всегда легко пройти до туалета. Лежачим больным нужно судно (утка) в постель. В особом уходе нуждаются люди, не контролируемые дефекацией и мочеиспусканием, а также те, у кого стоит мочевой катетер или колостома. Рассмотрим последовательно, как персонал может помочь этим больным.

Помощь в пользовании обычным туалетом

Нередко больной способен пользоваться обычным туалетом, но не может самостоятельно пройти до него. В этих случаях ему следует оказать помощь: помочь сесть в постели, одеться, сопроводить до туалета. Необходимо убедиться, что больной может пользоваться унитазом и обеспечить ему уединенность. Однако, прежде чем уйти, следует проверить безопасность больного. Пока больной находится в туалете, его не следует оставлять одного. Следует стоять за дверью и примерно каждые 5 минут проверять, не нуждается ли он в помощи. Нередко больным нужна помощь, чтобы встать с низкого унитаза.

Помощь в пользовании судном (уткой) в палате

Некоторые больные могли бы пользоваться унитазом, но они не могут пройти до туалета. В этом случае им должна быть предоставлена возможность пользоваться «альтернативным унитазом» (судном, уткой) в палате. Больной будет пользоваться судном, сидя на стуле или в кровати, а уткой – стоя или сидя на краю кровати. Ему надо помочь в этом. Рядом должна находиться туалетная бумага и тазик с водой, чтобы больной мог помыть руки.

Помощь в использовании судна (утки) лежачим больным

Не все больные могут сесть или встать рядом с постелью. В этом случае судно или утку подают в постель. Чтобы подать судно, необходимо сделать постель как можно более плоской, попросить больного согнуть ноги в коленях

и приподнять таз, передвигая ноги вдоль матраца. Если ему трудно сделать это, необходимо просунуть руки под нижнюю часть спины и приподнять ее. Если пациент не способен помогать при своем перемещении, его поворачивают на бок, судно ставят прямо против ягодиц, а затем возвращают больного в прежнее положение, расположив ягодицы на судне. Чтобы больному было удобнее и его положение напоминало естественное сидение на унитазе, его следует перевести в полусидячее положение, подняв головной конец кровати. По окончании процедуры следует опустить головной конец кровати, попросить пациента приподнять таз или перевернуть его на бок. После чего извлекают судно, следя, чтобы его содержимое не вылилось. Больного укладывают в удобное положение.

При подаче утки больного, не способного сесть самостоятельно, переводят в полусидячее положение, а утку ставят ему между ног. Необходимо убедиться, что утка стоит так, чтобы моча не пролилась мимо.

Подав судно или утку, больного следует оставить одного, но каждые 5 минут нужно проверять, все ли в порядке.

Уход за ходячими больными с недержанием мочи

Нередки случаи, когда больной способен дойти до туалета, однако он не всегда контролирует мочеиспускание. Врач может порекомендовать такому больному программу тренировки мочевого пузыря, которая состоит из комплекса специальных упражнений. Необходимо чаще предлагать больному посетить туалет и сразу отзываться на его просьбу о помощи, чтобы дойти до туалета. Иногда следует посоветовать больному использовать специальные прокладки или подгузники.

Уход за больным с постоянным мочевым катетером

Больные с постоянным катетером нуждаются в тщательном уходе за промежностью.

Уход за промежностью

При проведении этой процедуры следует соблюдать следующие меры предосторожности:

- мыть промежность в направлении спереди назад, к анальному отверстию;
- контролировать надежное прикрепление катетера к внутренней поверхности бедра пластырем;
- контролировать положение дренажного мешка, который должен находиться ниже мочевого пузыря человека;
- контролировать, чтобы трубка катетера не перекручивалась и не образовывала петель; контролировать, чтобы трубка и дренажный мешок не касались пола.

Для ухода за промежностью следует приготовить: одноразовую непромокаемую пеленку, перчатки, тазик, мыло, тампоны, бумажные салфетки, полотенце, мешок для мусора и полиэтиленовый пакет для грязного белья.

Тазик наполняют теплой водой, температуру которой проверяют внутренней стороной запястья.

Выполнение процедуры

Больного укладывают в строго горизонтальное положение, накрывают одеялом, оставляя открытыми таз и ноги. Под ягодицы подкладывают защитную пленку. Для этого больного просят поднять таз, а если он этого не может, переворачивают его на бок. После того как больной подготовлен к процедуре, надевают одноразовые нестерильные перчатки. Промежность женщин моют от половых органов к анальному отверстию, у мужчин сначала моют половой член (от мочеиспускательного отверстия наружу), а затем остальную область. При обтирании необходимо менять салфетки. Закончив обработку промежности, приступают к обработке катетера – 10 см от места, где он выходит из уретры. Его протирают с помощью ватных тампонов движением от начала к периферии. Процедуру завершают осмотром области вокруг катетера: нет ли подтекания мочи, воспаления слизистых. В заключение проверяют крепление катетера на внутренней поверхности бедра. Он не должен быть натянут или перекручен. Проверяют также крепление дренажного мешка к кровати.

В завершение процедуры снимают и помещают в мешок перчатки, с кровати снимают пленку, больного укрывают и проверяют, удобно ли он лежит.

Уход за катетером

Помимо ухода за промежностью, требуется проводить уход за катетером. В первую очередь надо следить, чтобы не было обратного тока мочи из дренажного мешка в мочевой пузырь. Для этого дренажный мешок крепят ниже уровня мочевого пузыря человека. Кроме того, необходимо обеспечить свободный ток мочи без препятствий и затруднений. Необходимо следить, чтобы трубка катетера не перекручивалась, не имела резких изгибов. Трубка катетера должна быть прикреплена к внутренней поверхности бедра. Для этого используют лейкопластырь или специальные держатели. Нельзя допускать натяжения трубки. Трубка и дренажный мешок не должны касаться пола. Перемещая больного на стул, необходимо сначала перенести дренажный мешок, не допуская при этом его подъема выше уровня мочевого пузыря.

Освобождение дренажного мешка

Для освобождения дренажного мешка надевают перчатки, готовят чистую мерную емкость для измерения объема мочи, салфетку, смоченную спиртом, мешок для мусора.

Надевают перчатки, мерную емкость помещают под отводной трубкой дренажного мешка. Открывают зажим на отводной трубке и сливают мочу. Отводная трубка не должна касаться стенок мерной емкости! После опорожнения мешка закрывают зажим, а конец отводной трубки протирают салфеткой, смоченной спиртом. Отводную трубку закрепляют в держателе. Снимают и утилизируют перчатки.

Ухаживающий персонал должен фиксировать количество удаленной мочи и явные изменения ее цвета, прозрачности и запаха.

Уход за наружным мужским катетером

Наружный мужской катетер напоминает презерватив, соединенный трубкой с дренажным мешком.

Дренажный мешок может быть таким же, как и при использовании постоянного внутреннего катетера. Однако может использоваться и уменьшенный мешок, который можно крепить на бедре или голени. Такой мешок можно носить под брюками. Неудобство состоит в том, что его нужно менять каждые 2 часа.

При уходе за таким катетером следят за состоянием полового члена – презерватив не должен сдавливать его, нарушая циркуляцию крови. Катетер снимают ежедневно во время мытья больного и затем используют новый. Как и в случае с внутренним катетером, следят за уровнем крепления дренажного мешка, состоянием трубки, чтобы не было затруднений пассажа мочи или ее обратного тока.

Надевание наружного катетера

Перед надеванием наружного катетера проводят туалет промежности по обычной методике. Затем головку полового члена помещают в презерватив и раскатывают его до конца. У головки члена должно остаться немного свободного пространства. Презерватив закрепляют у основания полового члена клейкой лентой. Затем презерватив соединяют с дренажным мешком, который должен быть закреплен ниже уровня мочевого пузыря. Трубку катетера закрепляют на внутренней поверхности бедра.

Проблемы при опорожнении кишечника

Клизма (обычная)

Подготовительный этап состоит в том, что больного предупреждают о предстоящей процедуре и обеспечивают необходимую конфиденциальность (соседей по палате просят выйти или больного отгораживают ширмой). Надевают перчатки. В кружку Эсмарха наливают 1–1,5 л чистой воды комнатной температуры. (Необходимо проконсультироваться с врачом о необходимости использования физраствора и других жидкостей.) Открыв вентиль, сливают воду через стерильный наконечник. После чего вентиль опять закрывают. Кружку вешают на стойку, наконечник смазывают вазелином. Подготовка пациента состоит в том, что его кровать застилают клеенкой, которая должна свисать в таз, а пациента укладывают на левый бок, слегка согнув колени.

При выполнении процедуры пальцами левой руки раздвигают ягодицы, правой вводят наконечник, продвигая сначала по направлению к пупку (3–4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину (8–10 см). Приоткрывают вентиль и вводят воду. Не очень быстро, чтобы не вызвать у пациента боль!

Если вода не поступает в кишечник, кружку поднимают, а положение накопника немного изменяют: проводят глубже и вытягивают наружу. Если это не помогает, необходимо сменить наконечник, так как вероятнее всего он забит каловыми массами.

После введения воды вентиль закрывают, а наконечник осторожно извлекают. Больному подают судно или помогают ему дойти до туалета.

По окончании процедуры лежачему больному проводят туалет промежности.

Газоотводная трубка

Больным с метеоризмом иногда назначают введение газоотводной трубки. Для этого необходимы: стерильная газоотводная трубка, шпатель, вазелин, перчатки, пеленка.

Для введения газоотводной трубки больного отгораживают ширмой, под ягодичы кладут пеленку, больного укладывают на левый бок. Рядом с кроватью ставят судно с небольшим количеством воды. Конец газоотводной трубки смазывают вазелином.

При выполнении процедуры свободный конец трубки пережимают, трубку вводят на 20–30 см и ее свободный конец опускают в судно и снимают зажим. Трубку оставляют на 1 час.

Через час опять надевают перчатки, вынимают трубку, протирают промежность больного. Трубку погружают в дезраствор.

Помощь при недержании кала

При недержании кала используют подгузники.

Смена подгузника лежачему пациенту

Для смены подгузника должны быть приготовлены:

- для гигиенической обработки наружных половых органов, промежности, ягодич:

- перчатки нестерильные чистые (разовые);
- адсорбирующая (впитывающая) пеленка; губка (или рукавичка для мытья, салфетка, тканое полотенце и др.);
- емкость с теплой водой и мыло;
- гигиенические салфетки для обработки кожи в области гениталий и другие средства гигиены по необходимости (крем, гель, мазь для профилактики пролежней, устранения запахов и др.);
- бумажные полотенца или салфетки (используйте их для открывания и закрывания водопроводных кранов);
- полотенце (салфетка) для осушения (вытирания) кожи;
- пакет/емкость для мусора;
- ширма по необходимости;
- для смены подгузника:
 - чистый подгузник соответствующего размера и впитываемости.

Выполнение процедуры

Сначала больному объясняют порядок выполнения процедуры и обеспечивают конфиденциальность. Опускают изголовье кровати. Надевают перчатки. Под ягодицы и нижнюю часть спины подкладывают пеленку.

Приступая к выполнению процедуры, расстегивают подгузник, удаляют основное загрязнение частью подгузника, аккуратно заворачивая его внутрь, проводят между ног пациента к спине.

Пациента переворачивают на бок и аккуратно удаляют оставшееся загрязнение чистой частью подгузника, а затем снимают его заднюю часть со спины пациента и кладут в непромокаемый мешок.

Далее пациента переворачивают на спину и выполняют туалет промежности по обычной технологии. Уход заканчивают осмотром и обработкой области крестца и ягодиц в положении пациента на боку (профилактика и раннее выявление пролежней).

Перед надеванием чистого подгузника убирают впитывающую пеленку. Если перчатки внешне загрязнены, их сменяют.

Чистый подгузник разворачивают и расправляют его по диагонали. Пациента перемещают на бок, его ноги слегка расставляют и сгибают в коленях. Переднюю часть подгузника продевают между ногами пациента. Его заднюю часть подгузника расправляют на ягодицах, а переднюю часть подгузника расправляют на животе пациента. После чего застегивают застёжки и еще раз расправляют подгузник.

По завершении процедуры пациента укладывают в удобную (физиологическую) позу. Отходы утилизируют по классу Б. Снимают перчатки (если не сняли после завершения «грязных» этапов работы), производят гигиеническую обработку рук.

Надевание подгузника ходячему пациенту

Пациент стоит перед медработником.

Медработник разворачивает подгузник и складывает его по диагонали. Далее медработник просит пациента слегка раздвинуть ноги и проводит переднюю часть подгузника между ногами. После чего медработник расправляет подгузник на ягодицах пациента, а затем – на передней части живота. Последнее движение – застегивание подгузника и окончательное его расправление по телу пациента.

**В помощь практикующей медицинской сестре
МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ
Краткое руководство
по профессиональной подготовке
Выпуск № 4 (40)**

**Издатель: ООО Издательство «Медицинский проект»
Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ
Ответственный редактор Ирина МЫЛЬНИКОВА
Ответственный секретарь Ирина ФЕТИШЕВА
Технический редактор Леонид КАМАЕВ
Корректор Лариса ЛАШКОВА**

**Свидетельство о регистрации ПИ № 77 – 17583 от 09.10.04
Подписано в печать 21.08.2013
Отпечатано в ООО РПК «Акваграфика»,
г. Нижний Новгород, ул. Красноезвездная, 7а
Заказ 6601 Тираж 5000 экз.**

**Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Руставели, д. 14, стр. 6
Тел.: (495) 618-83-32, 664-20-42
Для писем: 127254, Москва, а/я № 59
E-mail: s_delo@inbox.ru**

Дорогие наши читатели!

Подписаться на журнал «Сестринское дело» можно в любом почтовом отделении России.

Индекс в каталоге «Роспечать»:

– на 2-е полугодие 2013 года – **72252** (для индивидуальных подписчиков), **72253** (для предприятий и организаций);

– на весь 2013 год – **47270** (для индивидуальных подписчиков), **48571** (для предприятий и организаций).



Оформить подписку можно и в редакции. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2013 года, отправьте **840 руб.** (для частных лиц) или **1980 руб.** (для организаций) на наш счет из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Если вы оформляете подписку на весь 2013 год, то сумма, соответственно, составит **1608 руб.** (для частных лиц) или **3800 руб.** (для организаций).
Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк ОАО «ОТП Банк», г. Москва
Р/сч **40702810700320025974** К/сч **30101810000000000311**
БИК **044525311** ИНН **7715760845** КПП **771501001**

Оплатить подписку через редакцию можно электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу: **127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.** В строке «Для письменного сообщения» напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО и издание (например, «Сестринское дело» на 2-е полугодие 2013 г.)

В деятельности лечебно-профилактических учреждений большую роль играет младший медперсонал, к которому относят младших медицинских сестер, санитарок, сестер-хозяек. Они выполняют важные функции по обеспечению санитарно-гигиенического режима и по уходу за больными.

От укомплектованности ставок младшего медперсонала, от его квалификации и добросовестности нередко зависят показатели деятельности ЛПУ, скорость выздоровления больных, наличие осложнений и даже летальность.

В деятельности младшего медперсонала большую роль играют меры по профилактике инфекционных заболеваний. От их тщательного выполнения во многом зависит инфекционное благополучие пациента. Известны примеры, когда единичный случай недобросовестности одной санитарки стал причиной заболевания десятка больных. Не менее важна инфекционная безопасность самих работников, здоровье которых подвергается разнообразным инфекционным рискам.

Более 80% случаев внутрибольничных заражений происходит через руки медперсонала. Поэтому основной мерой борьбы с инфекциями в ЛПУ является тщательная гигиена рук. Младшие медсестры по уходу и санитарки должны знать правила гигиены рук и тщательно соблюдать их.

