

БПОУ ОО «Медицинский колледж»

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК. 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 7. Сестринский уход при туберкулёзе

Работа в очаге туберкулёзной инфекции

Преподаватель: Кокорина Т.В.

Основные принципы проведения противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации основаны на государственном характере борьбы с туберкулезом как с социальным заболеванием. В организации борьбы с туберкулезом участвуют наряду со специализированными противотуберкулезными учреждениями (ПТД) все лечебно-профилактические учреждения.

Цель противотуберкулезных мероприятий:

- предупредить инфицирование микобактерией туберкулёза здоровых людей;
- ограничить и сделать безопасным контакт с больным туберкулезом в активной форме (особенно с бактериовыделителем) окружающих его здоровых людей в быту и на работе.

Важнейшей является проведение противоэпидемических, лечебных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции, т.е в семье и жилище больного туберкулезом.

Проведение мероприятий в очаге инфекции начинается с посещения его участковым фтизиатром, эпидемиологом и участковой фтизиатрической медицинской сестрой диспансера немедленно с момента выявления у больного туберкулеза. По результатам осмотра очага инфекции составляется план оздоровления очага (эпид.карта).

План должен отражать:

- проведение дезинфекции;
- лечение больного;
- изоляцию детей и подростков;
- постановку на учет в ПТД;
- частоту и объем регулярных обследований всех членов семьи, проведение им химиопрофилактики, снабжение дез. средствами.
- жилищно-бытовые условия больного;
- поведение, общая культура и санитарная грамотность больного и окружающих его лиц.

Критерии эпидемиологической опасности туберкулезного очага:

1. Массивное и постоянное выделение МБТ больным туберкулезом;
2. Семейные условия и условия жизни пациента, наличие среди контактных лиц детей, подростков и беременных;
3. Уровень общей культуры и гигиены пациента и его окружающих.

На основании этих критериев очаги туберкулезной инфекции по степени эпидемиологической опасности делят на 5 групп.

Очаг туберкулёзной инфекции - это место пребывания больного туберкулёзом вместе с окружающими его людьми.

Источниками микобактерий
туберкулеза являются:

1. Больные люди с открытой формой туберкулёза;

2. Животные (коровы), выделяющие во внешнюю среду возбудителей МБТ.

Человеческого вида (антропонозный туберкулез) и бычьего вида (зоонозный туберкулез).



В пространственные границы антропонозного очага входят:

- жилище больного,
- место его работы,
- место обучения,
- воспитания,
- лечения,
- коллективы и группы людей, с которыми он общается постоянно, периодически или временно.

Очагом туберкулёзной инфекции может оказаться:

- квартира,
- дом,
- общежитие,
- детское учреждение,
- лечебно-профилактическое учреждение,
подразделение предприятия,
- весь небольшой населенный пункт
(деревня, поселок), если его жители тесно
общаются между собой.

Факторы риска возникновения в очагах новых случаев заболевания туберкулезом:

- локализации процесса у больного с открытой формой, так как поражение органов дыхания формирует наиболее мощный воздушно-капельный механизм передачи возбудителя, сопровождающийся интенсивным обсеменением очага;
- массивности выделения больным микобактерий, их лекарственной устойчивости;
- качества выполнения больным и контактными лицами противоэпидемического режима;

- наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин;

- характера жилища: общежитие, коммунальная или отдельная квартира, частный дом. Уровень санитарно-коммунального благоустройства жилища: наличие горячего и холодного водоснабжения, отопление и т.д.;

- социального статуса больного, влияющего на невыполнение режима терапии и противоэпидемического режима в очаге.

Классификация очагов туберкулёзной инфекции.

Очаги по своей эпидемиологической характеристике крайне неоднородны. В зависимости от риска их делят на 5 групп: очаги с наибольшим риском заражения туберкулёзом, очаги с наименьшим риском, минимальным и потенциальным риском.

1 группа – очаги, сформированные больными туберкулёзом органов дыхания выделяющими МБТ. В этих очагах сочетаются большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети, имеют место грубые нарушения больным противоэпидемического режима, тяжёлые бытовые условия. Такие условия чаще всего встречаются в общежитиях, коммуналках, учреждениях закрытого типа, в которых невозможно выделить для больного отдельную комнату.

Это социально-отягощенные очаги.

Среди них необходимо выделить «территориальные» очаги туберкулёза. Это квартира, в которой проживает больной туберкулёзом органов дыхания с обильным бактериовыделением, лестничные клетки и подъезд этого дома и группа близлежащих домов, объединённых общим двором.

2 группа – очаги, в которых проживают больные туберкулёзом органов дыхания МБТ+, но проживающие в отдельной квартире без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим.

Это социально-благополучные
очаги.

3 группа – очаги, где проживают больные активной формой туберкулёза органов дыхания МБТ-, но проживающие с детьми и подростками. Эту группу очагов формируют также больные с внелёгочной локализацией туберкулёза МБТ + и МБТ-.

4 группа – формируется из очагов, в которых у больных активным туберкулёзом органов дыхания установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения, проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов.

5 группа – очаги зоонозного происхождения.

Важным разделом работы в очаге является обучение больного и членов его семьи санитарно-гигиеническим навыкам.



Комплекс противоэпидемических мероприятий в очаге:

Для оздоровления туберкулезного очага используются методы дезинфекции:

1. Механический метод (проветривание, протираание, стирка, выколачивание);
2. Термический метод (автоклавирование, прожарка, УФО);
3. Химический метод (дез.средства).

Правила приготовления, хранения и применения дезинфицирующих растворов

Надеть халат, резиновый фартук, перчатки, четырехслойную маску (респиратор).

Работать с дезрастворами в хорошо проветриваемом помещении.

Приготовление и хранение растворов проводить в полистироловых ёмкостях – контейнерах разного объема. Контейнер состоит из 4-х деталей – ванночка, емкость с отверстиями, гнет и крышка.

Контейнеры должны быть промаркированы (название, концентрация, дата приготовления раствора, предельный срок годности).

При приготовлении из сухого порошка сначала наливать воду, а затем высыпать порошок – количество согласно прилагаемой аннотации.

Хранить дезинфектанты в специальных шкафах, исключив доступ пациентов.

Меры первой помощи

При несоблюдении мер предосторожности при работе способом орошения могут возникнуть раздражения верхних дыхательных путей и глаз.

При появлении признаков раздражения органов дыхания следует прекратить работу со средством, пострадавшего немедленно вывести на свежий воздух или в другое помещение. Рот и носоглотку прополоскать водой. При необходимости обратиться к врачу.

При случайном попадании средства (концентрата) на кожу необходимо немедленно смыть средство большим количеством воды, затем смазать кожу смягчающим кремом.

При попадании средства (концентрата) в глаза, необходимо немедленно промыть глаза под струей воды в течение 10 минут и сразу обратиться к окулисту.

При попадании средства в желудок необходимо выпить несколько стаканов воды с 10-20 измельченными таблетками активированного угля и обратиться к врачу. Желудок не промывать

Эпидемиологические требования к
организациям, осуществляющим медицинскую
деятельность»:

Выписка из СанПиН 2.1.3.2630-10

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

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

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

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

- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

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

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

5. Уборочный инвентарь (тележки, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении.

МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ

Проводится обследование очага совместно специалистами центра госсанэпиднадзора и лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждений в течение 3 дней с момента получения экстренного извещения.

Устанавливают лиц, контактировавших с заболевшим в семье, уточняют место фактического проживания и возможность его проживания по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулезом, уточняют профессию.

Санитарно-противоэпидемические мероприятия:

- разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом (эпид.карта);
- госпитализацию и лечение больного туберкулезом в ПТД;
- изоляцию больного в пределах очага (если он не госпитализирован);
- изоляцию из очага детей;
- проведение химиопрофилактики контактными (изониазид 2 – 3 месяца);

- Проведение заключительной дезинфекции, организацию текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
- обследование лиц, контактировавших с больным в течение 14 дней с момента выявления больного;
- наблюдение за контактными и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих анализов крови и мочи);
- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА

Для снижения обсеменения возбудителем внешней среды и предотвращения повторных случаев заболевания в очагах туберкулеза проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

Текущую дезинфекцию в очаге осуществляют в окружении инфекционного больного с момента его выявления. Организацию текущей дезинфекции и обучение навыкам ее проведения в очаге осуществляют сотрудники противотуберкулезного диспансера и центра госсанэпиднадзора.

Заключительную дезинфекцию в очагах туберкулеза осуществляют во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санатории, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного не позднее 24 часов с момента получения заявки. Заклучительную дезинфекцию в очагах туберкулеза проводят не реже 1 раза в год:

1. В месте проживания больных заразными формами туберкулеза;
2. В месте проживания детей и подростков;
3. В коммунальных квартирах и общежитиях.

Внеочередную заключительную дезинфекцию проводят перед возвращением родильниц из роддома; перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом; в случае смерти больного от туберкулеза на дому.

Важным разделом плана является обучение больного и членов его семьи санитарно-гигиеническим навыкам. В помещении больного необходимо ежедневно проводить влажную уборку (текущая дезинфекция). Уборка пола должна проводиться 2% содовым раствором. Очень важно воспитывать у больного правильные навыки обращения с мокротой, посудой, предметами личного пользования, обучить культуре кашля.

Бацилловыделитель должен иметь индивидуальную плевательницу для сбора мокроты, содержимое которой нужно ежедневно, с целью уничтожения МБТ, подвергать кипячению, можно пользоваться люомакс-хлор.

Белье больного, особенно носовые платки, полотенца, нужно собирать в отдельный мешок, перед стиркой замачивать на ночь в дез. растворе или кипятить течение 30 минут.

Верхнюю одежду больного туберкулезом как можно чаще проветривают на солнце, ежедневно проглаживают утюгом и дезинфицируют не реже 2 раз в год в паровых камерах. Чистка одежды должна проводиться вне жилого помещения.

Все эти мероприятия укладываются в понятие текущей дезинфекции, которую осуществляет больной или взрослые члены семьи под руководством и контролем медицинской сестры противотуберкулезного диспансера.

Эффективность дезинфекционных мероприятий связана с использованием дез.средств с высокой антимикробной активностью и широким спектром действия.

1. «Ника – Неодез» 1% рабочий раствор, экспозиция 90 минут.
2. «Диабак» 2% рабочий раствор, экспозиция 60 минут.
3. «Триасепт Микс» 2% рабочий раствор, экспозиция 120 минут.

Эти средства применяют в очагах в течение 1 месяца, с последующей заменой, предотвратить развитие устойчивости микобактерии туберкулёза. Эти дез.средства предназначены для дезинфекции поверхностей, оборудования, жёсткой мебели, белья, посуды, игрушек, предметов ухода за больными, уборочного инвентаря, средств личной гигиены. Дезинфекцию проводят способами орошения и распыления с помощью распылителя типа «Квазар», добиваясь равномерного и обильного смачивания (норма расхода от 150 мл/кв.м), а также применяются методы замачивания, погружения и орошения.

- больному необходимо выделить отдельную посуду, предметы личной гигиены, 2 индивидуальные плевательницы;
- все вещи больного собираются в отдельные ёмкости и подвергаются обработке дезинфицирующими средствами (люмакс-хлор);
- помещение необходимо часто проветривать;
- тяжёлые труднообрабатываемые вещи необходимо убрать из помещения (ковры, паласы). Мягкая мебель накрывается чехлами, которые периодически обрабатываются;
- пациента необходимо обучить культуре кашля;

- для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживания посуды, остатков пищи и т.д. родственникам больного рекомендуют переодеваться в специально выделенную одежду (халат), косынку, перчатки;
- после приема пищи посуду больного сначала обеззараживают, затем промывают в проточной воде;
- квартиру больного ежедневно убирают ветошью, смоченной в мыльно-содовом или дезинфицирующем растворе, при открытых дверях и окнах.

- предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают в отдельных емкостях после каждого их использования;
- летом вещи больного, постель, ковры, меха следует по возможности долго держать под открытыми лучами солнца.

Гигиена кашля:

Особенно много микобактерий больной выделяет с мельчайшими капельками мокроты при кашле и чиханье. Необходимо, чтобы при чиханье больной отворачивал лицо от близко находящихся людей, прикрывал бы нос и рот платком или тыльной стороной левой руки, т.к. правая будет оставаться чистой, когда больной здоровается рукопожатием. Больной должен чаще мыть руки, чаще менять носовые платки, которые более всего инфицированы.

Необходимо воспитывать у больного особенно осторожное отношение к детям: не брать их на руки, не целовать, не следует ухаживать за ними и, конечно не спать с детьми в одной постели.

Больной не должен плевать на пол, на землю, в раковину. Для сбора мокроты медицинская сестра выдает больному 2 индивидуальные плевательницы, из которых одной он пользуется, а вторая в это время дезинфицируется.

Собирание, обеззараживание и удаление мокроты проводит сам больной. Если больной тяжелый, это делают ухаживающие за ним взрослые.

Определение “контактное лицо”

Контактное лицо - человек, который находится рядом с больным туберкулезом, на расстоянии, требуемом для беседы, не менее 4 часов.

Внутрисемейный контакт – человек, который спит и хотя бы один прием пищи/день происходит в доме с больным туберкулезом.

Работа с КОНТАКТНЫМИ ЛИЦАМИ

Сведения обо всех учтенных контактных лицах ПТД передает в поликлинику, диспансер по месту их жительства, в посещаемое ребенком детское учреждение, в здравпункт или медсанчасть по месту работы, в медицинский кабинет по месту обучения. Сведения на каждого контактного ребенка и подростка, выявленного в очаге, отделение диспансера для взрослых передает в детское отделение. В детском отделении ПТД ведется картотека на все очаги больных с активными формами туберкулеза (I и II группы диспансерного учета), контактных с ними детей, проживающих совместно с больным и подлежащих обследованию в диспансере.

Первичное обследование контактных лиц проводится в течение 14 дней с момента выявления больного. Обследование включает осмотр фтизиатра, флюорографическое обследование органов грудной клетки, туберкулиновые пробы (Манту, Диаскинтест), общий анализы крови и мочи, исследование мокроты на КУМ трёхкратно, отделяемого из свищей и другого диагностического материала на МБТ.

Детям, подросткам и взрослым, находящимся в контакте с бактериовыделителями, проводят профилактическое лечение в соответствии с действующими инструкциями (изониазид).

Детям и подросткам с гиперергической реакцией на туберкулин и/или «виражом» туберкулиновых проб, или с нарастанием чувствительности на туберкулин более 6 мм, находящимся в контакте с больными туберкулезом, выделяющим МБТ, назначается контролируемая превентивная терапия двумя противотуберкулезными препаратами с учетом лекарственной чувствительности МБТ в течение 3 месяцев, в дальнейшем (при отсутствии нарастания чувствительности к туберкулину) еще 3 месяца только изониазидом.

Новорожденному ребенку от матери, больной активной формой туберкулеза, независимо от выделения МБТ, при рождении делают прививку БЦЖ в родильном доме. Ребенка полностью изолируют от больной матери не менее чем на 8 недель, для чего новорожденного помещают в специализированное отделение или (по показаниям) ребенок выписывается домой к родственникам. Перед выпиской проводят обследование будущего окружения новорожденного и дезинфекцию всех помещений. Мать на этот период госпитализируют для лечения. Ребенка переводят на искусственное вскармливание. Если новорожденный был в тесном контакте с больной матерью до введения вакцины БЦЖ (рождение ребенка вне медицинского учреждения и др.), вакцинацию против туберкулеза не проводят

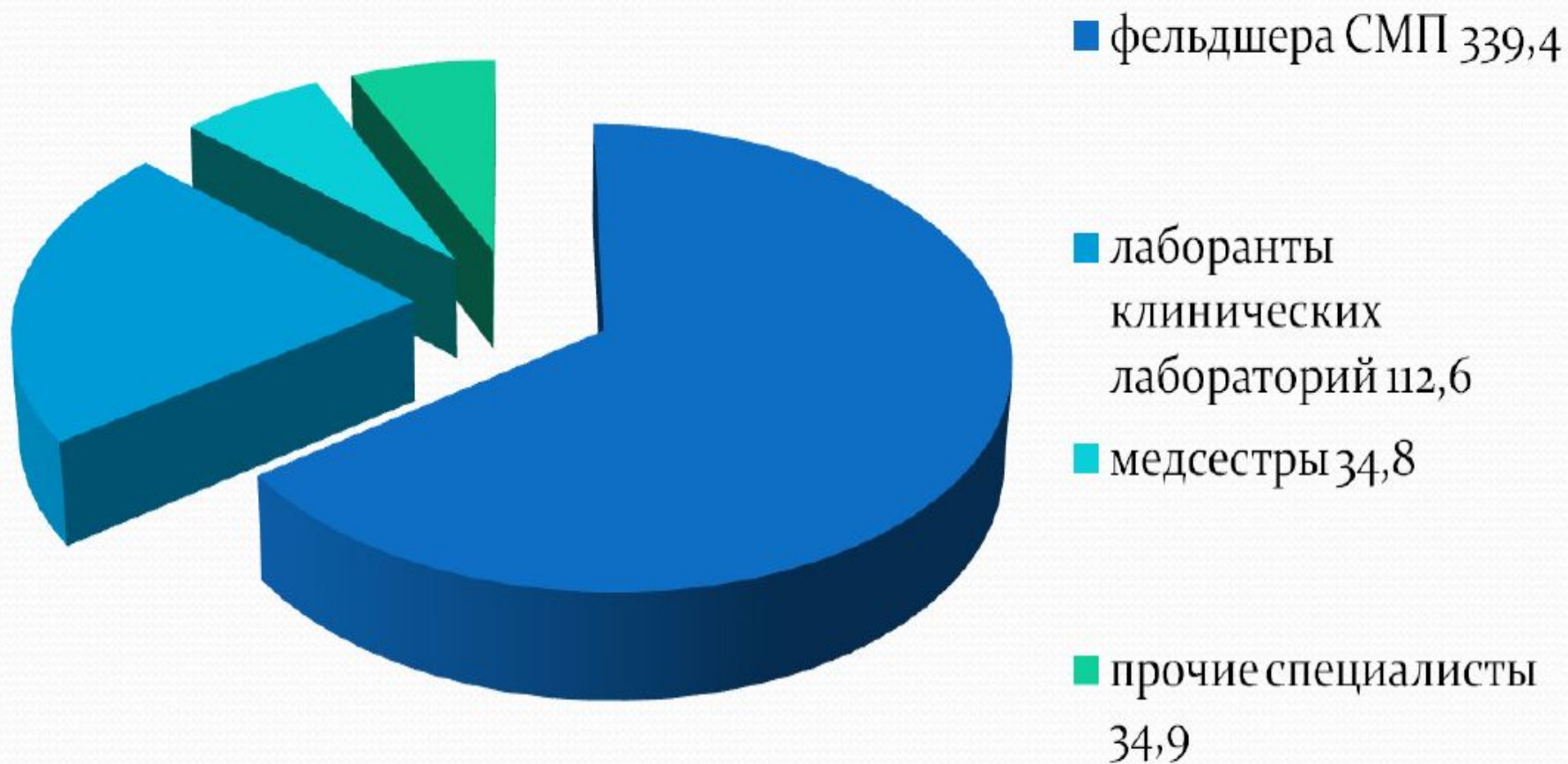
Ребенку назначают курс химиопрофилактики на 3 мес. и только после этого, при отрицательной реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, прививают вакциной БЦЖ-М. Если туберкулез у матери новорожденного установлен после введения вакцины БЦЖ и не был известен тубдиспансеру, профилактическое лечение ребенку проводят независимо от сроков введения вакцины БЦЖ. Такие дети находятся под тщательным наблюдением ПТД как наиболее угрожаемая группа риска заболевания туберкулезом.

Всем контактным проводится флюорография 2 раза в год, даются рекомендации по ЗОЖ, рациональному питанию, закаливающим мероприятиям, рекомендуется приём витаминов.

Инфекционная безопасность медицинских работников



Заболеваемость туберкулезом различных категорий
медицинских работников (средних медицинских
работников) (на 100 тыс. специалистов соответствующих
специальностей)



Медицинские работники

должны проходить предварительные, при поступлении на работу и периодические

медицинские осмотры с флюорографией 2 раза; использовать средства

защиты органов дыхания: респираторы, маски;



**одевать перчатки во всех случаях, когда
возможен контакт со слизистыми оболочками,
поврежденной кожей, с кровью или другими
биологическими жидкостями;**



Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводить гигиеническую обработку рук.



Инфекционный контроль

1. Предотвращение распространения и уменьшение концентрации заразных частиц в воздухе:
2. Использование соответствующей системы вентиляции:
3. ХЕПА фильтры;
4. Ультрафиолетовые бактерицидные лампы;
5. Другие меры контроля инфекции.

Инфекционный контроль

6. Вентиляция – ключевой элемент в борьбе с инфекцией:

- Природная (естественная);

- Механическая;

- Местные - шкафы, кабины для сбора мокроты;

- Общие - воздушный поток, и обеззараживание воздуха, с помощью ультрафиолетовых ламп и фильтров HEPA.

Естественная вентиляция

1. Повышение естественной вентиляции и воздушного потока (вдали от участков, где люди) в

туберкулезных отделениях и в кабинетах сбора

мокроты посредством:

- открытие окон;

- использование вентиляторов или

специальных систем для направления

воздуха наружу.

Ультрафиолетовое излучение

Ультрафиолетовое излучение используется как дополнительный технический метод, когда одной вентиляции не достаточно, чтобы контролировать передачу инфекции.

Медицинские приборы, которые генерируют этот тип излучения, называются бактерицидные лампы или УФ лампы.

Открытые УФО лампы



Индивидуальная защита органов дыхания:

Используется в зонах с высоким риском воздействия:

- кабинеты спирометрии;
- кабинеты бронхоскопии;
- кабинеты сбора мокроты;
- операционные, у потенциально ТБ заразных пациентов.

Организация санитарного режима в больнице

При организации санитарного режима в больнице существенные требования предъявляют к освещению, вентиляции и отоплению, т. е. созданию в больничных помещениях определенного микроклимата.

Оптимальная температура в помещениях составляет в зимнее время $+20\text{ }^{\circ}\text{C}$, а в летнее



Медицинский персонал должен быть образцом для больных и в соблюдении правил личной гигиены: иметь аккуратный, собранный и культурный внешний вид, коротко подрезаны ногти, чистый, выглажено спецодежда, что соответствует по размерам и форме фигуре медицинского работника.



Успех лечебной деятельности во многом обеспечивается правилами внутреннего распорядка, установленными в данном отделении. Их строгое выполнение способствует созданию для пациентов физического и психического комфорта, устанавливает взаимопонимание между больными и медицинским персоналом.



Правила поведения в очаге туберкулёзной инфекции



Обеспечение безопасности при сборе мокроты:

Сбор и исследование мокроты является основной частью диагностики туберкулеза. Забор мокроты может быть потенциально опасной процедурой для медицинских работников и других пациентов.

При заборе мокроты необходимо соблюдать правила инфекционного контроля.

Определение КУМ в мокроте является прямым и наиболее важным признаком активного туберкулеза. При этом качество результатов анализа во многом определяется правильностью проведения сбора мокроты.

Медицинская сестра должна доступно объяснить пациенту причину и важность сбора мокроты.

С помощью подробных инструкций и разъяснений медицинская сестра должна помочь пациенту собрать хороший образец мокроты.

Медицинские работники должны:

- Надеть респиратор и резиновые перчатки;
- Стоять позади пациента или, если позволяют условия, выйти из комнаты, где пациент откашливает мокроту и наблюдать за сбором мокроты через стеклянное окно в двери.



Материал для исследования на КУМ собирают в стерильные флаконы с плотно завинчивающимися крышками.



Контейнеры должны быть изготовлены из прозрачного материала, чтобы количество и качество собранной пробы можно было оценить, не открывая крышки, и таким образом уменьшить риск заражения медперсонала лаборатории.

Обучить пациента технике сбора мокроты:

- предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании;
- объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты;
- объяснить, что необходимо вечером почистить зубы, а утром, натощак прополоскать рот кипяченой водой непосредственно перед сбором мокроты. Нельзя чтобы частички пищи попали в анализ мокроты;

ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО СОБРАТЬ МОКРОТУ:

1. Сядьте на стул напротив открытого окна



2. Сделайте два глубоких вдоха и выдоха



3. На третьем вдохе встаньте со стула, что наполнит легкие воздухом



4. Сразу же после этого с силой и резко вытолкните воздух из легких, чтобы диафрагма поджала легкие. Только такой выдох вызовет естественный кашель



5. Откашляйте мокроту и сплюньте в баночку

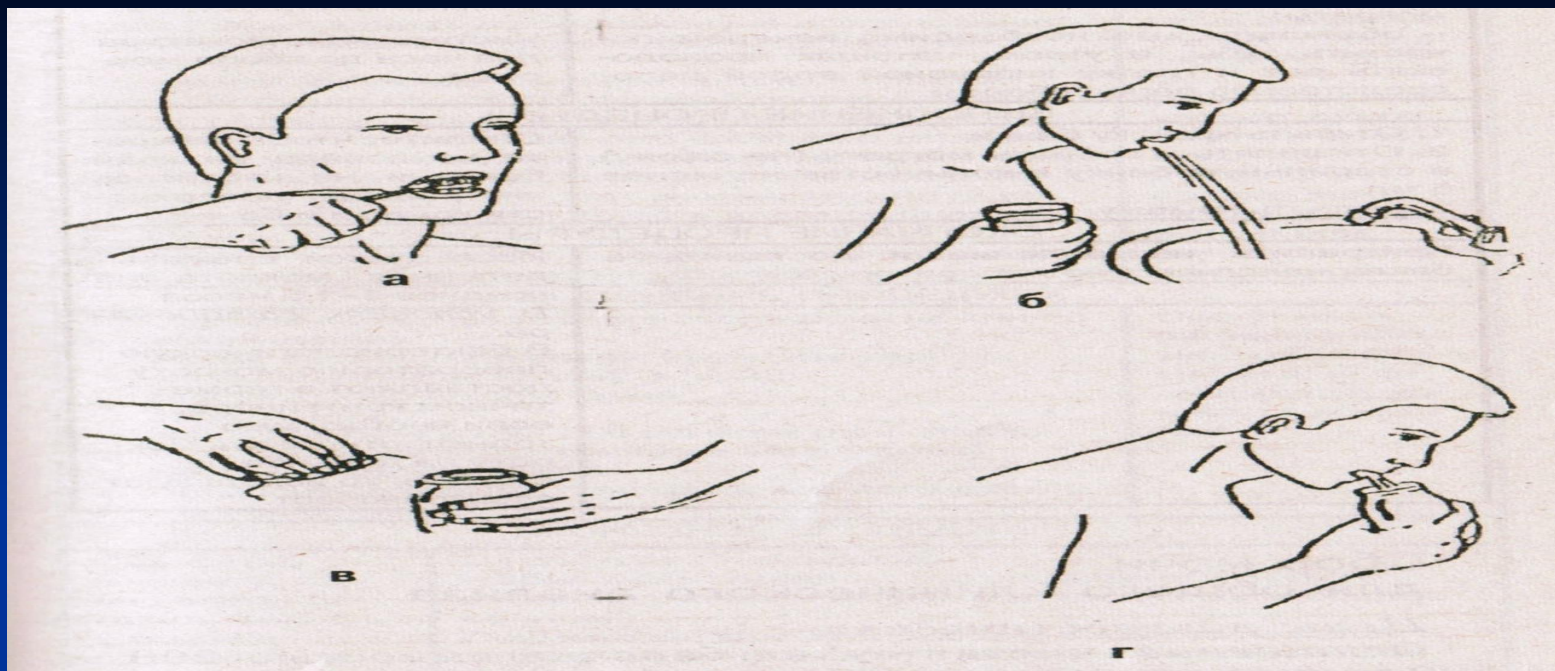
6. НЕ ГЛОТАЙТЕ МОКРОТУ!

- После кашля поднести контейнер близко к губам и выплюнуть мокроту. Контейнер закрывают крышкой;

- Важно, чтобы в контейнер попала не слюна, а именно мокрота, в количестве не менее 5 мл.

- Если откашлять мокроту не удастся можно постучать несколько раз кулаком в грудь, сделать дыхательную гимнастику или подышать над сосудом с горячей водой, в которую добавляют ложку пищевой соды.

Следите, чтобы мокрота не попала на край банки и не касайтесь внутренней поверхности крышки и банки.



Обучение пациента по подготовке взятия мокроты для исследования:

А - почистить зубы вечером,

Б - утром, натоцак прополоскать рот кипяченной водой,

В- техника открывания банки,

Г- сбор мокроты при откашливании.

Если в учреждении не проводят микроскопические исследования на выявление КУМ, диагностический материал должен быть централизованно доставлен в лабораторию как можно быстрее (до момента отправления флаконы с материалом хранят в опечатываемом и запирающемся холодильнике). Каждая проба материала должна быть снабжена соответствующей этикеткой, а вся партия - сопроводительным бланком.

Мокроту можно хранить до исследования в холодильнике при 3-5 С° не более 3 часов.

Рекомендации по использованию индивидуальной плевательницы

1. Необходимо объяснить пациенту правила пользования плевательницей.

2. Следует выдать ему сухую чистую плевательницу с плотной крышкой.

3. Заполнить плевательницу на 1/3 объема дезинфицирующим средством.

4. После заполнения плевательницы проводят дезинфекцию мокроту, затем всё слить в канализацию.

5. Использованные плевательницы прокипятить в 2% содовом растворе не менее 15 – 20 минут.

6. Плевательницу следует промыть проточной водой. Хранить в чистом сухом виде в специально отведенном месте.



При высыхании частичек и капелек мокроты пыль, содержащая множество возбудителей туберкулеза, оседает на полу и стенах помещений, на мебели и других предметах, находящихся в жилище. Поэтому обращаем большое внимание на необходимость борьбы с пылью: ежедневная влажная уборка помещений, использование пылесоса, частого проветривания. Так как в пыли микобактерии в высушенном состоянии могут сохраняться многими месяцами и даже годами.



Необходимо : выделить индивидуальную посуду больному, пользоваться которой другим членам семьи нельзя никогда. Это необходимо, чтобы данное условие выполнялось постоянно.

То же касается отдельного полотенца, подушки, одеяла, постельных принадлежностей, зубной щетки, других предметов обихода, которыми может пользоваться только больной туберкулезом.



Текущая дезинфекция

При организации текущей дезинфекции в жилище больного основное внимание уделяется следующим мерам: тщательной организации сбора и обеззараживания мокроты и других выделений, индивидуальных плевательниц, посуды, белья, носовых платков, постельного белья, вещей и предметов ухода за больным;

выполнению четкого режима уборки и проветривания помещений:

борьбе с мухами и тараканами;

кипячению остатков пищи;

кипячению посуды, нательного и постельного белья.

Индивидуальные плевательницы лучше всего кипятить в 2-процентном растворе соды в течение 15 минут после закипания, помещая их в сосуд с открытыми крышками, затем прополоскать и просушить. Перед использованием пустую плевательницу заполняют на 1/3 объема дезинфицирующим раствором. Для обеззараживания можно пользоваться и сухой хлорной известью. Тогда плевательница наполняется мокротой лишь наполовину (50 мл), в нее засыпается 10 г хлорной извести, т.е. примерно две чайные ложки, содержимое тщательно перемешивают, оставляют плевательницу в таком виде на 1 час. Затем ее опорожняют и прополаскивают проточной водой.



- Посуду, которой пользовался больной, дезинфицируют кипячением в течение 15 мин в 2-процентном растворе соды или 30 мин в чистой воде. Металлическая посуда, ножи, вилки, ложки портятся при воздействии хлорсодержащих веществ, поэтому их следует кипятить в чистой воде, предварительно очистив от остатков пищи. Щетки или тряпки, применявшиеся для ее удаления, тоже кипятят 30 мин.
- Пищевые отходы обеззараживают 30-минутным кипячением в кастрюле с закрытой крышкой, после чего их можно без боязни скармливать скоту или домашним животным.
- Испражнения и мочу постельною больного туберкулезом засыпают на 2 часа хлорной известью из расчета 200 г на 1 л выделений, перемешивают, затем подкладное судно (горшок) опорожняют в туалете или уборной и ополаскивают горячей водой.

- Содержание в чистоте помещений и строгое соблюдение личной гигиены, даже без проведения дополнительной химиотерапии, позволяет защитить контактирующих с больным детей, подростков и взрослых от массивного и частого инфицирования микобактериями, способного подавить естественную резистентность организма и приобретенный иммунитет. Они останутся здоровыми, сохранят семью и будут всемерно помогать восстановить здоровье заболевшему туберкулезом отцу, матери, брату, сестре, другому близкому человеку.



Ускоренное обследование и отдельное от остальных пациентов ведение заразных пациентов ТБ в амбулаторных условиях является важной мерой, так как благодаря этому обеспечивается снижение времени контакта заразных пациентов ТБ с медработниками и пациентами.

В поликлинике: места, где пациенты ожидают своей очереди, должны быть открытыми и хорошо проветриваемыми;

- необходимо следить за тем, чтобы ожидающие своей очереди потенциально заразные пациенты туберкулезом не находились вместе с пациентами, у которых нет ТБ, особенно в группе лиц с угнетенным иммунитетом.

В условиях стационара пациенты с подозрением на туберкулез должны быть размещены отдельно от других пациентов, в отдельных палатах или боксах. Лица с установленной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза или с подозрением на нее должны быть изолированы от пациентов из общих палат и от других пациентов с подозрением на туберкулез.



Спасибо за внимание!