

Тема:

**Особенности
инфекционного
контроля и
инфекционной
безопасности в кожно-
венерологических ЛПО**

Преподаватель: Елисева Л.А.

2015 г.



План лекции:

- Особенности устройства кожно-венерологических ЛПО**
- Особенности путей и факторов передачи возбудителей инфекции**
- Организация профилактических мероприятий**

1. Особенности устройства кожно-венерологических ЛПО

Организация кожно- венерологической помощи в РФ

**В Осуществляется в соответствии со статьей 37
Федерального закона от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации»**

**По приказу Минздрава РФ от 15.11.2012 N 924н
Об утверждении Порядка оказания
медицинской помощи населению по профилю
«дерматовенерология»**

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;**
- скорой медицинской помощи;**
- специализированной, в том числе высокотехнологичной**

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

Медицинская помощь оказывается в виде:

**1. - первичной медико-санитарной помощи -
ССМП,**

**в том числе
специализированной
и
высокотехнологичной.**



2.Амбулаторная

(в условиях, не предусматривающих круглосуточное

медицинское

наблюдение и лечение),

в том числе на дому при вызове медицинского работника.

При диспансерах работают анонимные (платные) кабинеты.



А также в дневных стационарах (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).



3. Стационарная – (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Чаще всего это Кожно-венерологические диспансеры, в состав которых входят:

- амбулаторно-поликлиническое отделение
- стационарное отделение для лечения

взрослых

- отделение врачебной косметики
- отделение пмо
- отделение по освидетельствованию

водителей автотранспортных средств

- кабинет анонимного обследования и

лечения

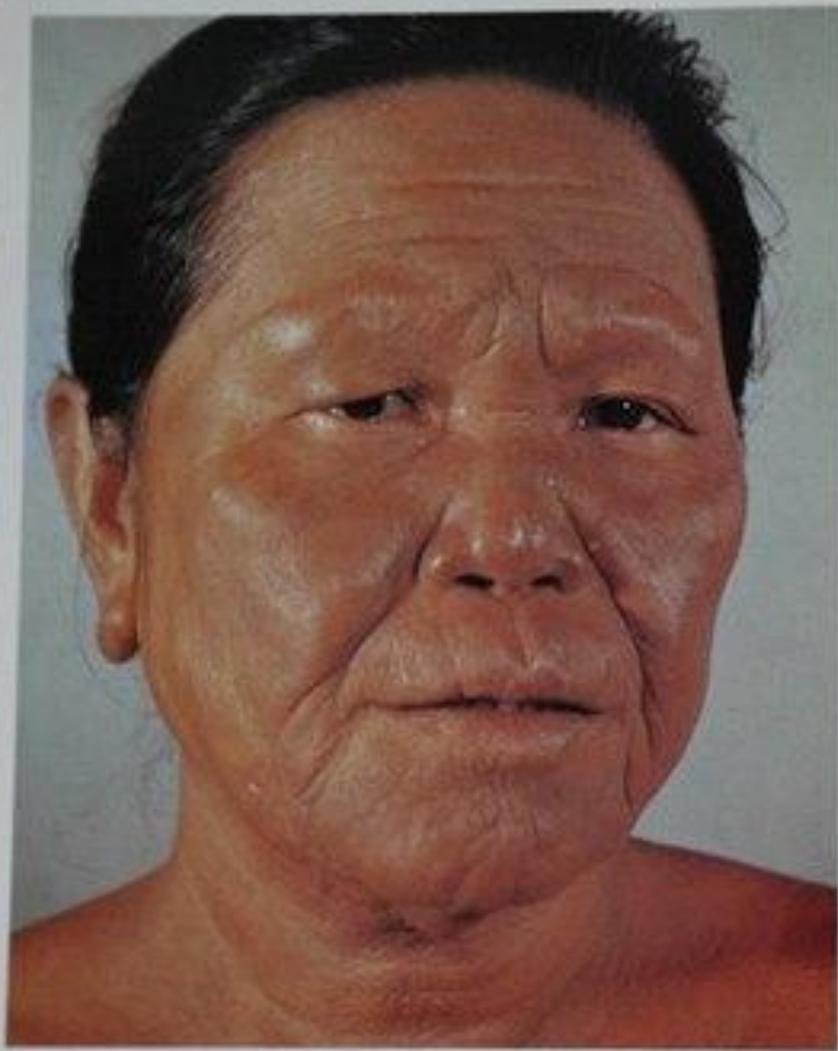
- лаборатории (клиническая, серологическая)

Отдельно выделяются диспансеры для лечения лепры (проказы) **лепрозории.**

Возбудителем лепры является **бактерия Хансена.**



Сейчас лепра лечится на 100%. Но особенность этого заболевания в том, что оно приводит к инвалидности и утрате трудоспособности больного.



27. 假型假型鼻翼(LLp)
鼻部下垂, 鼻翼下垂, 鼻翼下垂.



28. 假型假型鼻翼(LLp)
鼻部下垂, 鼻翼下垂, 鼻翼下垂.
鼻翼下垂.

Понятие **«диспансер»** означает милосердие, заботу о человеке.

В основу диспансеризации должна быть положена терпеливая разъяснительная работа врачей, медицинского персонала, при которой проявляется достаточно такта, добросердечия, в обстановке полной конфиденциальности, комфортности для больного, неразглашения тайны недуга, чтобы пациент проникся доверием к медику, способствуя успеху эпидемиологической противовенерической деятельности.

**Заболевание
имеет
исторические
природные очаги,
где риск
заражения лепрой
невероятно высок.
В частности это
Египет, Арабские
Эмираты, Индия,
Африка, Азия и
Латинская
Америка.**



**Кожно-венерологический диспансер
осуществляет следующие функции:**

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;**
- диспансерное наблюдение больных с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;**

- проведение периодических и профилактических медицинских осмотров больных с дерматовенерологическими заболеваниями;**
- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору в медицинских организациях больных с заболеваниями дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;**

- ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» и её анализ

- проведение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления больных с дерматовенерологическими заболеваниями;

- ведение учетной и отчетной документации,

- ведение эпидемиологического мониторинга

- участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по вопросам дерматовенерологии и косметологии;

- организация и проведение санитарно-гигиенической работы среди населения по профилактике дерматовенерологических заболеваний.

Для каждой инфекции имеется свой путь передачи микроорганизмов, который сформировался в процессе эволюции и является основным способом сохранения возбудителя как вида.

Существуют три фазы перехода возбудителя из одного организма в другой:

- 1) выделение микробного агента из организма в окружающую среду;**
- 2) нахождение возбудителя в окружающей среде;**
- 3) проникновение инфекции в совершенно новый организм.**

2. Механизмы и пути передачи:

Существует 6 основных видов механизмов передачи возбудителя инфекции:

- **воздушно-капельный (аэрозольный)**
- **контактный**
- **трансмиссивный**
- **фекально-оральный (алиментарный)**
- **вертикальный (в том числе, трансплацентарный)**
- **гемоконтный**

Контактный механизм передачи инфекции

— механизм, при котором возбудители локализуются на коже и ее придатках, на слизистой оболочке глаз, полости рта, половых органов, на поверхности ран, поступают с них на поверхность различных предметов и при контакте с ними восприимчивого человека (иногда при непосредственном контакте с источником инфекции) внедряются в его организм. [\[2\]](#)

Возбудителями данных болезней могут являться не только вирусы и бактерии, но и паразиты или грибы.

К примеру, такая весьма распространенная половая инфекция, как [трихомониаз](#), возникает в результате поражения слизистых оболочек одноклеточными микроорганизмами, питающимися эпителием.

Для ЗППП характерна возможность передачи не только в ходе сексуального контакта, но и от матери к ребенку во время беременности и родов, а также при переливании крови.

Кроме того, некоторые возбудители распространяются и бытовым путем (сифилис).

Всего в мире насчитывается более двадцати различных заболеваний, передающихся половым путем. ЗППП включают в себя классические (венерические) болезни:

- сифилис, гонорею, мягкий шанкр, венерический лимфогранулематоз, паховую гранулёму;**
- а также "новые" инфекции, возбудители которых были открыты сравнительно недавно. Основные из них: трихомониаз, хламидиоз, трихомониаз, кандидоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, генитальный герпес, цитомегаловирус, ВИЧ-инфекция, папилломовирусная инфекции, цитомегаловирусная инфекция**

Кроме того, к ЗППП относят кожные болезни,

**Кроме того, к
ЗППП относят
кожные болезни,
которые могут
передаваться
половым путем:**

- чесотку,**
- лобковый
педикулез,
контагиозный
моллюск**



Противоэпидемический режим в кожно-венерологическом стационаре.

преследует две цели:

1. Предупреждение внутрибольничных заражений

2. Предупреждение выноса кожно-венерологических болезней за пределы диспансера (отделения).

Архитектурно-планировочные решения кожно-венерологических учреждений должны обеспечивать: надежную изоляцию больных с венерическими и заразными кожными заболеваниями, возможность проведения диагностических, лечебных мероприятий и соблюдения надлежащего санитарно-противоэпидемического режима.

1. Здание КВУ должно размещаться на изолированной территории.

КВУ, входящее в состав многопрофильной больницы, - на изолированной территории последней.

2 Территория КВУ должна иметь ограждения по периметру участка с полосой зеленых насаждений в соответствии с Пособием по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02-89).

3. В планировке и зонировании участка необходимо соблюдать строгую изоляцию функциональных зон: располагать пищеблок, прачечную и дезинфекционный блок на расстоянии не менее 30 метров от корпуса стационара и жилой застройки.

4. На территории КВУ не допускается размещение учреждений, не имеющих к нему отношения.

5. Подъездные пути и пешеходные дорожки должны быть заасфальтированы или иметь хорошо фильтрующие покрытия, достаточный уклон для стока поверхностных вод и водоотводящие кюветы.

6. Свободную от застройки территорию озеленяют.

7. В ночное время территория КВУ должна освещаться.

8. Ежедневно проводят уборку всей территории. В зимнее время подъездные дороги и пешеходные дорожки очищают от снега и посыпают песком. В летнее время их подметают после предварительной поливки.



При въезде на территорию КВУ указательными и световыми сигналами обозначают направление движения к приемному отделению. В соответствующем месте помещают светящуюся ночью вывеску "Приемное отделение".



9. В каждом КВУ должно быть приемное отделение, где необходимо иметь не менее двух смотровых кабинетов (для раздельного осмотра больных с грибковыми и венерическими заболеваниями), оборудованных раковинами с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидными облучателями, приточно-вытяжной вентиляцией, мебелью, допускающей ее дезинфекцию.

10. Вешалки для одежды микологических больных должны находиться отдельно от гардероба других больных и персонала.

1. Прием больных проводят строго индивидуально.

Врач осматривает всех поступающих в приемное отделение для постановки диагноза, своевременного выявления и изоляции больных с подозрением на инфекционные заболевания.

У больных осматривают кожные покровы, зев (шпатели одноразовые)

и измеряют температуру (инфракрасные термометры).



12. При осмотре больного обращают внимание на наличие у него педикулеза. В случае выявления педикулеза проводят дезинсекционную обработку больного препаратами, разрешенными к применению Министерством здравоохранения РФ, и дезкамерную обработку его вещей. О каждом больном, у которого был обнаружен педикулез или наличие инфекционного заболевания, сообщается направлением экстренного извещения в санэпидучреждение по месту жительства больного, делаются соответствующие записи в истории болезни и в журнале по ф. 60-у, который должен вестись в учреждении.

14. Помещения приемного отделения, смотровых кабинетов должны быть оснащены бактерицидными ультрафиолетовыми облучателями в соответствии с правилами их установки.

15. В смотровых кабинетах обеззараживанию подлежат все предметы, с которыми соприкасался больной.

Применяют дезинфицирующие средства, разрешенные Министерством здравоохранения РФ.



16. Из смотрового кабинета больного направляют в специально отведенное помещение (санпропускник) для санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в приемном отделении в зависимости от назначения врача и состояния больного.



По проекту в приемном отделении КВУ предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные).



Санитарная обработка предполагает:

- стрижку волос по медицинским показаниям с последующим их сжиганием или обработкой в паровых стерилизаторах (0,5 кг кв.см или 110 - 111 град. С в течение 20 мин)
- стрижка ногтей на руках и ногах;
- мытье в ванной или под душем;
- сбор вещей (одежда, белье, обувь больного), подлежащих дезинфекционной обработке, в индивидуальные мешки;
(без обеззараживания индивидуальные вещи микологических больных родственникам не выдаются, при наличии педикулеза и оставлении волос они должны быть обработаны).



После прохождения санитарной обработки больной получает больничное белье, халат (пижаму) и тапочки.

Для уборки помещений, мебели и других объектов приемного отделения выделяют отдельный уборочный инвентарь, ветошь маркируют и используют строго по назначению. Дезинфекцию в помещениях (уборочный инвентарь) проводят согласно принятым нормам.



Санитарный транспорт, если им был доставлен микологический больной, обрабатывают 5% раствором хлорамина, активированного 10% нашатырным спиртом (1% раствор аммиака) или 5% раствором лизола А (сиденье, пол, ручки дверей) из расчета 500 мл кв.м с экспозицией 20 минут.



Санитарно-противоэпидемический режим в лечебных отделениях

1. Перед поступлением больного в палату кровать и тумбочку следует протереть ветошью, смоченной дезраствором. Кровать застилают постельными принадлежностями, прошедшими дезкамерную обработку, и

**ЧИСТЫМ
ПОСТЕЛЬНЫМ
БЕЛЬЕМ.**



2. Больных с педикулезом, первично обработанных в приемном отделении, подвергают вторичной обработке до полного обезвшивливания с последующими осмотрами не реже одного раза в неделю в течение всего периода их пребывания в стационаре.

3. Помывку больных и смену постельного и нательного белья проводят 1 раз в 7 дней, а при необходимости чаще. О их выполнении делают отметки в листе назначений истории болезни.

4. При смене нательного и постельного белья его аккуратно собирают в мешки из плотной ткани (клеенки) или в емкости с крышкой. Запрещается сбрасывать бывшее в употреблении белье на пол или в открытые приемники.

Сортировку и разборку грязного белья производят в специально выделенном помещении в спецодежде:

персонал одевает резиновую обувь, второй халат, резиновые перчатки, фартук и марлевую маску (или респиратор), которые после каждого использования подвергают дезинфекции.

Порядок обеззараживания и стирки мешков для транспортировки белья такой же, как белья.



5. После смены белья пол и предметы в палате протирают ветошью, смоченной в дезрастворове (0,2-процентный раствор сульфохлорантина, 3-процентный раствор "Дихлор-1", 3-процентная перекись водорода с 0,5% моющего средства ("Новость", "Лотос", "Астра", "Прогресс", "Маричка").



6. Постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяла и т.п.) обеззараживают в дезкамерах после выписки каждого больного из любого отделения стационара кожно-венерологического учреждения.

Перед камерным обеззараживанием постельные принадлежности подвергают обеспыливанию на специально оборудованных площадках около дезблока (или с помощью пылесоса) Матрацы покрытые клеёнкой – подвергаются дезинфекции.



7. Ванны после купания каждого больного протирают салфеткой, увлажненной моюще-дезинфицирующими средствами - "Дихлор-1", "Белка" или чистяще-дезинфицирующими препаратами - "Блеск-2", "ПЧД", "Дезус", "Санита" из расчета 0,5 г на 100 кв.см, "ПЧД", "Дезус", "Санита" из расчета 0,5 г на 100 кв.см поверхности с экспозицией или 2-кратным протиранием дезинфицирующими средствами (1% раствор хлорамина, 0,5% раствором гипохлорита кальция).



- 8. Уборку помещений проводят 2 раза в день влажным способом с применением дезинфицирующих средств. После использования ветошь замачивают на 60 минут в одном из дезрастворов (1% раствор хлорамина, 0,5% раствор гипохлорита кальция), промывают, сушат.**

- 9. Уборочный инвентарь (ведра, тряпки, щетки и пр.) маркируют и применяют отдельно для санузлов, палат, ванн и других помещений отделения. Маркированный уборочный инвентарь хранят в строго установленных местах и используют только по прямому назначению.**

10. Проветривания палат проводят не реже 4 раз в день.

11. Помещения буфетных в стационарах КВУ должны быть обеспечены:

а) холодной и горячей проточной водой; независимо от наличия сети горячего водоснабжения они должны быть оборудованы

Электрокипятильниками непрерывного действия с подводкой воды к моечным ваннам;

б) трехсекционными ваннами, которые подключаются к канализации с воздушным разрывом не менее 2 см;



в) сетками для ополаскивания и кассетами для хранения посуды;
г) мармитной установкой или электрогазовой плитой для подогрева пищи;
д) шкафами для хранения столовой посуды, приборов и продуктов (хлеб, соль, сахар);
е) комплектом посуды из расчета на одного больного: одна глубокая, мелкая и десертная тарелки, вилка, ложки столовая и чайная, кружка (стакан);



Буфетные должны быть оснащены моющими и дезинфицирующими средствами;

и) уборочным инвентарем (ведра, ветошь, щетки и т.п.) с маркировкой для буфетной.

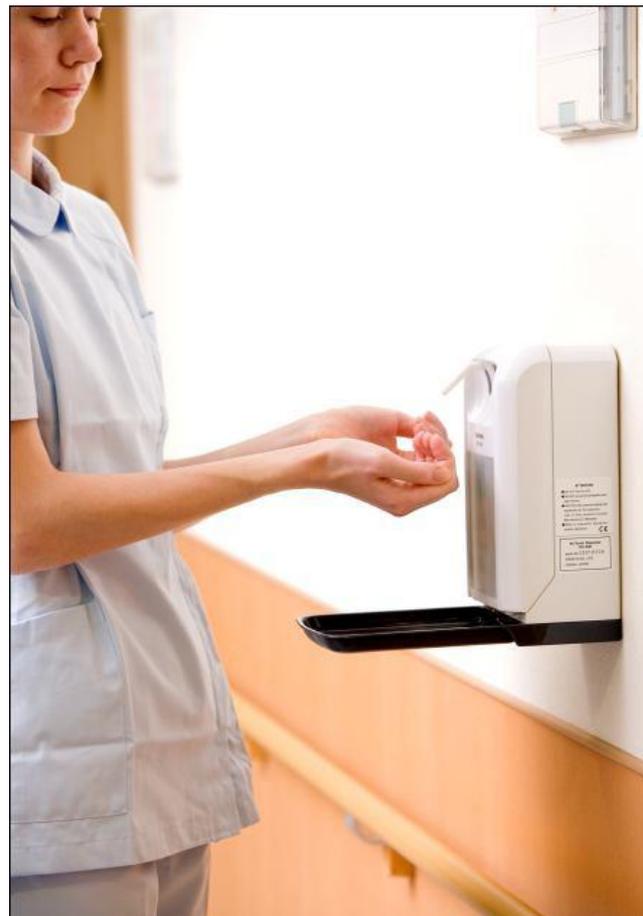
Раздачу пищи больным производят буфетчицы, прошедшие медицинский осмотр и санитарно-гигиеническую подготовку, в халатах с маркировкой "для раздачи пищи" согласно номерам диетических столов, назначенных врачом. Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений стационара, к раздаче пищи не допускается.

Посуду после удаления остатков пищи обеззараживают кипячением в течение 15 минут или погружением в один из дезрастворов - 0,5% раствор хлорамина (30 мин.), 0,1% раствор сульфохлорантина (30 мин.), 1% раствор "Дихлор-1" (30 мин.), 0,05% "Дезоксона-1" (30 мин.), моют и сушат в кассетах.

При отсутствии дезсредств разрешается посуду после мойки обеззараживать в воздушном стерилизаторе (120 + -4 град. С в течение 45 + 5 мин.). После посещения туалета буфетчицы должны вымыть руки с мылом с двукратным намыливанием.

Посещение туалета в медицинских халатах запрещается.

**12. До и после осмотра
больного медперсонал
должен тщательно
вымыть руки мылом
двукратным
намыливанием и
тщательно просушить
кожу рук полотенцем
(салфеткой)
одноразового
использования.
Исследования
патологических очагов
проводят с соблюдением
правил асептики.**



13. При выполнении лечебно-диагностических процедур медицинский персонал должен соблюдать правила предупреждения профессионального заражения парентеральными гепатитами и СПИД, установленные директивными документами Министерства здравоохранения РФ.



14. Изделия медицинского назначения (шприцы, иглы, пинцеты, ножницы, скальпели, кусачки, корнцанги и др.) после использования подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации по режимам и способам, установленным директивными документами Министерства здравоохранения РФ.



15. Один раз в неделю проводят генеральную уборку процедурных и перевязочных. Помещения освобождают от предметов, оборудования, инвентаря, инструментов, медикаментов и т.д. В качестве дезинфектанта для орошения потолков, стен и полов, мойки окон, подоконников, дверей, протирки ламп бактерицидных облучателей и т.п. используют комплекс, состоящий из 3-процентного раствора перекиси водорода и 0,5-процентного моющего средства. После дезинфекции поверхности протирают обеззараженной ветошью, смоченной водопроводной водой, и включают бактерицидные облучатели на 2 часа, затем проводят проветривание помещений в течение 15 минут.

16. Бактерицидные облучатели в помещениях стационара (перевязочные, процедурные, палаты, рекреация и т.д.) устанавливают на высоте 2 м от уровня пола, при этом включение неэкранированных ламп должно производиться до входа в помещение, а экранированных - внутри помещения. Запрещается эксплуатация неэкранированных ламп в присутствии людей. Экранированные лампы бактерицидных облучателей могут включаться в присутствии людей.



17. Больных обеспечивают услугами парикмахера:

а) бритье не реже 2 раз в неделю;

б) стрижка волос по показаниям.

Контроль за выполнением требуемого режима парикмахером осуществляет старшая медицинская сестра отделения.

18. Ежедневно утром и вечером перед сном больные, если нет противопоказаний, должны умываться и чистить зубы. Перед каждым приемом пищи больные обязательно моют руки.

- 19. Больным запрещается пользоваться для сидения койками соседних больных. Посетителям не разрешается сидеть на койках больных. Палаты должны быть обеспечены табуретами или стульями с гигиеническим покрытием.**
- 20. Установленный для учреждения послеобеденный отдых должен строго соблюдаться всеми больными и не нарушаться персоналом отделения.**
- 21. В отделениях учреждения необходимо строго соблюдать охранительный режим и распорядок дня: недопустимы громкие разговоры больных и персонала, уборка помещений в утренние и поздние вечерние часы.**

22. Выход больных в другие отделения воспрещается.

23. Медицинские осмотры и обследования персонала отделений производят в соответствии с требованиями директивных документов Министерства здравоохранения РФ.

24. При выявлении внутрибольничных инфекций у госпитализированных лиц проводят эпидемиологическое расследование причин их возникновения.

25. При выявлении больного, подозрительного на инфекционное заболевание, его следует немедленно изолировать в отдельную палату или изолятор до перевода в инфекционную больницу (отделение).

В палате отделения, где был выявлен больной, проводятся необходимые противоэпидемические мероприятия с дезинфекцией помещения и инвентаря. На время инкубационного периода устанавливают наблюдение за контактными. О выявленном инфекционном больном сообщают в территориальное санэпидучреждение по месту нахождения кожно-венерологического учреждения, а о контактных в случаях их выписки из стационара - в санэпидучреждения по месту жительства.

4.25. Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочках (сухие продукты) и в специальном холодильном шкафу (скоропортящиеся продукты).

4.26. Передачи больным принимают в полиэтиленовых пакетах в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов с указанием даты и приема, номера палаты, фамилии и инициалов больного



Особенности противоэпидемических мероприятий в венерологическом стационаре

- 1. Больные с заразными формами сифилиса на период заразных проявлений должны помещаться в отдельную палату.**
- 2. Необходимо исключить тесный бытовой контакт детей (особенно девочек), находящихся на лечении с венерическими.**
- 3. Забор крови для лабораторных исследований, осмотр больных с заразными проявлениями сифилиса проводят в резиновых перчатках, которые затем подвергают дезинфекции.**



**Спасибо
за внимание!**