

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

ОЦЕНКА *65* БАЛЛОВ
ВВ САМОХВАЛОВА.



Научно-исследовательская работа на тему
**«Асептика и антисептика в процедурном кабинете
детского стационара»**

Выполнила:

Студентка 3 курса 5 группы
педиатрического факультета
Бессмертнова Вероника Дмитриевна

Волгоград 2018 г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель и задачи НИР.....	4
3. Основные определения и понятия.....	5
4. Теоретическая часть НИР.....	6
5. Роль медицинского персонала в проведение антисептических и асептических мероприятий.....	14
6. Собственное исследование.....	15
7. Выводы.....	16
8. Список литературы.....	18

ВВЕДЕНИЕ

Асептика и антисептика внедрены в медицину с конца XIX века, однако многие врачи еще в древности эмпирически пришли к выводу о необходимости обеззараживания ран и инструментов. Для этих целей применяли прижигание ран раскаленным железом, кипящим маслом, использовали уксус, известь, бальзамические мази, раскаленные металлы. В народной медицине использовали ромашку, полынь, розу, алоэ и другие растения, а также мед, уголь. Бурное развитие неорганической, а затем и органической химии в XVIII - XIX вв. способствовало тому, что в 1786 г. было налажено производства калия гипохлорита, в 1798 – хлорной извести, в 1822 – натрия гипохлорита. В 1811 г. был открыт йод, который впервые применили для обработки ран только в 1885 г., а для хирургической антисептики рук – в 1888 г. В 1818 г. синтезирована перекись водорода. В 1863 г. в медицинской практике стали использовать карболовую кислоту. В 1843 г. O.W.Holmes, а в 1847 г. I.Semmelweis предложили для обеззараживания рук акушеров применять раствор хлорной извести. Н.И. Пирогов использовал для обеззараживания ран при их лечении различные вещества (настойку йода, раствор азотнокислого серебра на винном спирте и др.). Происхождение термина и развитие метода антисептики во многом связано с именем Луи Пастера, который в 1863 г. доказал, что процессы брожения и гниения связаны с попаданием, ростом и развитием микроорганизмов. Перенеся идею Пастера в хирургию, Дж. Листер дал научное обоснование нагноению ран, объяснив его попаданием в рану и развитием в ней микробов. Своим трудом в 1867 г. «О новом способе лечения переломов и гнойников с замечаниями о причинах нагноения», в котором были изложены принципы его учения, Листер произвел переворот в хирургии, открыв новую антисептическую эру. Таким образом, следует отметить, что научное обоснование антисептики связывают с именами венского акушера И. Земмельвейса и английского хирурга Дж. Листера. Научно обосновав, они разработали и внедрили антисептику в хирургическую практику, как метод лечения и предупреждения развития нагноительных процессов. В целях уничтожения микробов находящихся в воздухе Листер предлагал обеззараживать воздух в операционных перед и во время операций распылением из пульверизатора раствора карболовой кислоты. Операционное поле, руки хирурга, инструменты и все, что в ходе операции соприкасалось с раной подвергалось обработке 2-5% раствором карболовой кислоты. Послеоперационная рана закрывалась многослойной повязкой пропитанной 5% раствором карболовой кислоты. Таким образом, метод Листера объединил принципы асептики и антисептики в современном понимании. Применение этого метода привело к значительному снижению количества нагноений и быстро стало признанным, нашло большое число сторонников. В России этот метод впервые был применен И.И. Бурцевым в 1870 г. Несмотря на то, что все началось с хирургии, антисептика и асептика проникли во все отрасли медицины. И на данном этапе мы не можем себе

представить медицину без них. В таких простых манипуляциях - взятие крови как из пальца, так и из более крупных сосудов мы используем метод антисептики, и это позволяет нам обезопасить пациента от возможных осложнений. Касаясь более сложных процедур, таких как кататеризация или пункции важно не нарушать гомеостаз возможным и случайным заражением, которое в последствии может привести к печальному исходу. Но не стоит забывать про методы асептики, ведь благодаря им, мы максимально пресекаем всевозможные внутрибольничные инфекции, которыми могут заразиться пациенты находясь в одном стационаре. Именно комбинация методов асептики и антисептики способны сохранять и поддерживать здоровье пациентов, находящихся в стационаре.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ НИР

Цель:

1. Изучить методы антисептики и асептики.

Задачи:

1. Выяснить как проводится асептика и антисептика в процедурном кабинете.
2. Выяснить необходимое оснащение для проведения мероприятий асептики и антисептики;
3. Выяснить роль медицинского персонала в асептике и антисептике процедурного кабинета.

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Антисептика (анти – против, septicus вызывающий гниение, гнилостный, синоним – противогнилостный) – это система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране, патологическом очаге, в органах и тканях, а также в организме больного в целом, использующая активные химические вещества и биологические факторы, а также механические и физические методы воздействия..

Асептика (греч. отрицательная приставка a- sēptikos вызывающий нагноение, гнилостный) – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания возбудителей инфекции в рану, ткани или органы больного при операциях, лечебных и диагностических процедурах.

Микроорганизмы, микробы («микроб» фр. *microbe*^[1] от греч. μικρός — «малый» и греч. βίος — «жизнь»^[2]) — собирательное название живых организмов, которые слишком малы для того, чтобы быть видимыми невооружённым глазом.

Стерилизация (sterillis – лат. бесплодный, обеззараживание, обеспложивание) – совокупность физических и химических способов полного освобождения веществ и предметов внешней среды от микроорганизмов.

Дезинфекция (des – инфекция, син. обеззараживание) – совокупность способов полного, частичного или селективного уничтожения

потенциально патогенных для человека микробов на предметах внешней среды с целью разрыва путей передачи возбудителей инфекционных заболеваний и осложнений.

Инфекция (лат. infectio заражение) -

сложный патофизиологический процесс взаимодействия макро- и микроорганизма, имеющий широкий диапазон проявлений — от бессимптомного носительства до тяжелых форм инфекционной болезни. Термин «инфекция» употребляют также для обозначения возбудителя инфекционной болезни, проникновения его в макро-

организм, локализации возбудителя в организме (например, кишечная инфекция) и др.

Антисептики — хим. вещества, убивающие микроорганизмы или подавляющие их рост, при непосредственном контакте с ними.

Кварцевание – это процесс обработки воздуха ультрафиолетовым облучателем (кварцевой лампой) с целью уничтожения болезнетворных вирусов, бактерий и микробов.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ НИР

1. Проведение антисептики и асептики.

Для обеспечения асептической работы необходимо хорошо знать возможные источники попадания микробов в рану. Это два источника: **экзогенный и эндогенный**.

Экзогенной считается инфекция, попадающая в рану из внешней среды:

- * из воздуха: пыль, капли жидкости (воздушно-капельная);
- * с предметами, соприкасающимися с раной: инструментарий, белье, перевязочный материал, руки хирурга (контактная);
- * с предметами, оставляемыми в ране: шовный материал, дренажи, протезы и т. д. (имплантационная).

Эндогенной считается инфекция, находящаяся внутри организма или на его покровах (кожа, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт и пр.). Эта инфекция может попасть в рану путем непосредственного занесения, либо по лимфатическим или кровеносным сосудам. Для профилактики эндогенной инфекции необходимо своевременное ее выявление и последующая санация (лечение тонзиллитов, синуситов, пиодермии и т.д.).

Профилактикой воздушно-капельной инфекции в процедурном кабинете является уборка.

В процедурном кабинете может проводиться 4 вида уборок:

1. Предварительная уборка процедурного кабинета
2. Текущая уборка процедурного кабинета
3. Заключительная уборка процедурного кабинета
4. Генеральная уборка процедурного кабинета

Предварительная уборка процедурного кабинета должна проводиться ежедневно перед началом работы персонала с целью удаления пыли, осевшей за ночь. Этот вид уборки включает в себя влажную уборку помещения с применением дез.средств (Авансепт-спрей, Аламинол, Септолит) .

Обработке подлежат все поверхности, начиная со стерильных столов и лотков, стен на высоту вытянутой руки, мебели и оборудования, мытья полов с использованием дез.средств. После проведения уборочных работ необходимо провести кварцевания воздуха.

Текущая уборка процедурного кабинета проводится не реже 2-х раз в день мед. персоналом во время работы с целью удаления загрязнений, возникших в процессе работы. Текущая уборка помещения процедурной включает: обработку дезинфицирующим раствором столов и лотков перед очередным накрытием, обработку оборудования – внутривенные стойки, валики, жгуты, кушетки.

Заключительная уборка процедурного кабинета проводится с целью обеспечения постоянной готовности кабинета к работе. Необходимо проводить данный вид уборки ежедневно в конце рабочего. Медицинский персонал проверяет оснащение и состояние готовности к работе всей аппаратуры и обрабатывает ее дезинфектантами. Также обработке подлежат медицинское оборудование и предметы ухода за больными. Удаление из помещения отходов класса В. Персонал клининговой компании удаляет из помещения отходы класса А, обрабатывает подоконники, радиаторы отопления, ширмы, ножки мебели, письменные столы, стулья, стены на высоту вытянутой руки, двери, раковины, смесители, пол. Заключительная уборка завершается кварцеванием помещения.

Генеральная уборка процедурного кабинета процедурных и перевязочных кабинетов проводится 1 раз в 7 дней, в фиксированный день, по графику работы кабинета.

Для проведения генеральной уборки процедурного кабинета необходимо иметь:

- комплект уборочного инвентаря;
- емкости для растворов моющих и дезинфицирующих средств;
- ветошь.

Технология проведения генеральной уборки:

- мебель и оборудование отодвинуть к центру помещения для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым поверхностям и объектам;
- окна мыть теплой водой с добавлением 1 столовой ложки нашатырного спирта на 1 литр воды или разрешенного специального моющего средства для окон;
- потолок, стены, мебель, а затем полы протираются ветошью, смоченной в дез.растворе с моющим эффектом, либо моющим раствором, а затем – дез.раствором; расход дез.средства на 1 кв.метр (см. инструкцию к препаратам);
- пространство за отопительными батареями и между ними обрабатывают последовательно 2 ершами, смоченными в дез.растворе;
- включить бактерицидные лампы на время экспозиции дез.раствора;
- после этого смыть остатки дез.раствора ветошью, смоченной водопроводной водой;
- провести повторное кварцевание (общее время и второго кварцевания должно составлять не менее 2 часов);
- после кварцевания провести сквозное проветривание помещений не менее 30-45 мин.

Весь уборочный инвентарь обеззаразить в дез.растворе, затем промыть и просушить. Промаркированный уборочный инвентарь для уборки каждого помещения (процедурная, перевязочная) применять строго по назначению и хранить в установленных местах (шкафах). Выбор дез.средства для

генеральной уборки проводится только разрешенными для генеральных уборок средствами – см. рабочую инструкцию к препаратам.

Так как в процедурном кабинете проводятся определенные медицинские мероприятия, то используются соответствующие качественные материалы. Для такой процедуры как сбор анализов, понадобятся одноразовые материалы. При четком соблюдении всех необходимых требований, обеспечивается стерильность и безопасность. Сотрудники обязаны знать о местонахождении определенных препаратов и медицинских инструментов. Асептика в процедурном кабинете помогает избежать многих проблем. Ношение шапочек и масок и проверка медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в носоглотке можно отнести к асептическим мерам.

К антисептике в процедурном кабинете мы можем отнести:

1. Гигиена рук медицинской процедурной сестры, как механическая, так и химическая с применением антисептиков. Так же возможна биологическая.
2. Обработка поверхности кожи пациента, на которой будут производиться манипуляции.

2. Оснащение для антисептики и асептики в процедурном кабинете.

Для проведение асептических мероприятий в процедурном кабинете нужно:

1. Дезинфекционные средства для рук медсестры (Эко-брыз)
2. Дезинфекционные средства для уборки кабинета (Абактерил-хлор)

Для проведения антисептических мероприятий в процедурном кабинете нужно:

1. Бактерицидные лампы и кварцевание.
2. Спиртовые салфетки для пациентов.
3. Окислители (перекись водорода и марганцовка)
4. Галлогеносодержащие вещества (йод)
5. Спирты (медицинский спирт)
6. Лекарственные препараты с антисептическим эффектом (хлоргексидин)

Так же для проведение такого рода мероприятий требует специальный инвентарь:

1. Средства личной гигиены (перчатки, маски)
2. Тряпки, швабры и ведра

3 Роль медицинского персонала при взятии крови для лабораторного исследования

В должностные инструкции медицинской процедурной сестры входит :

1. Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.
2. Строго соблюдать требования асептики и антисептики при выполнении процедур.
3. В течение работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.
4. Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций: а) внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций; б) внутрикожных проб; в) взятие крови из вены для диагностических исследований; г) проведение (под контролем врача): • переливание крови, кровезаменителей; • постановка систем и введение лекарств капельным методом; д) подготовка медикаментов материалов для взятия диагностической биопсии и спинномозговой пункции; е) подготовка инструментария к стерилизации; ж) подготовка стерильного материала к проведению процедур.
5. Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.
6. Своевременно проходить инструктаж по применению новых дезинфицирующих средств и антисептиков.
7. Осуществлять контроль за работой санитарки.
8. Соблюдать требования по проведению стерилизации в сухожаровом шкафу и ведение соответствующей документации.
9. Обеспечить контроль за рациональным использованием инструментария кабинетов, правильный учет, своевременное получение стерильного материала из автоклавной , правильную их транспортировку. Своевременно проводить замену пришедшего в негодность медоборудования, инструментария.
10. Обеспечить правильные условия хранения лекарственных препаратов, дезинфицирующих растворов в кабинете.

СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При прохождении практики в неврологическом отделении отделения ВОДКБ я изучила методы асептики и антисептики в процедурном кабинете. В процедурном кабинете проводится 4 вида уборок:

1. Предварительная уборка процедурного кабинета. Уборка проводится перед началом работы. Сначала осматривают помещение для выявления случайных загрязнений. Затем протирают пыль тряпкой, смоченной Глав-кислородом, дважды с интервалом 15 минут с поверхностей столов, приборов, подоконников. В последнюю очередь протирают пол Глав-кислородом
2. Текущая уборка процедурного кабинета. Цель уборки заключается в ликвидации любых загрязнений помещения в течение рабочего времени. Использованный инструментарий убирают и обрабатывают по ГОСТ 42-21-2-85. Перевязочный материал перед утилизацией дезинфицируют, замачивая в сайдексе в течение 1 часа. Клеенки, фартуки, предметы обстановки и пол протирают Глав-кислородом двукратно с интервалом 15 мин.
3. Заключительная уборка процедурного кабинета. Уборка проводится ежедневно в конце рабочего дня влажным способом. Сначала тщательно проверяют оснащение и состояние готовности к работе всей аппаратуры, протирая ее Глав-кислородом, затем сухой тряпкой. Мебель, предметы ухода за больным протирают Глав-кислородом дважды с интервалом 15 мин. Выносят мусор, моют пол, включают на 2 часа бактерицидную лампу.
4. Генеральная уборка процедурного кабинета. Должно быть четыре ведра: для окон, стен, пола, чистой воды. Одно ведро берут из расчета на 2 м² помещения. Стены в процедурном кабинете моют только сверху вниз по часовой стрелке. Генеральную уборку проводят Глав-кислородом. Обрабатывают весь инструментарий и поверхности. Моют окна. Затем моют стены им же. Стены обрабатывают ветошью, смоченной этим раствором, затем ветошь моют в ведре с чистой водой и вновь ополаскивают в растворе. Затем на 1 час включают бактерицидную лампу. Через 1 час дезинфицирующий раствор смывают проточной водой. Моют полы и включают бактерицидную лампу на 30 минут.

ВЫВОДЫ

Из выше сказанной информации напрашивается вывод о том, что антисептика и асептика важны в работе медицинских учреждений. Способность предупреждать инфекции и заражения продвинули медицину на новый уровень, что позволяет добиваться улучшения качества и уровня жизни людей. Естественно не все методы асептики и антисептики безопасны, но наука не стоит на месте и создает более безопасные соединения для использования. В работе медицинской процедурной сестры важно соблюдать правила асептики и антисептики. Возможность комбинирования видов асептики и антисептики предоставляет более надежный результат. Так обычно применяется механическая обработка рук и химический антисептик медицинскими сестрами. А если касаться помещения, то влажная уборка с использованием химическим дезинфицирующих средств в комбинировании с кварцеванием является золотым стандартом уборки помещений в медицинском учреждении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грачев Б.Д., Батаков Е.А., Алексеев Д.Г. « Антисептика» 2015 год
2. Зубахина Т.В. Кабарухина А.П. Сестринский уход в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии 2018 год
3. Католикова О.А. Сестринский уход в педиатрии. Учебное пособие 2015 год
4. Научный журнал «Дезинфекция. Антисептика» №02 2014 год.
5. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций[Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013
6. Сергеев В.А. Шмелев В.А. Правовое обеспечение профессиональной деятельности. 2014 год.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник процедурной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 3 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

5 группы
Бессмертнова Вероника Дмитриевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа выявлены принципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:  В.В. Самохвалова