

The background of the slide is a light green color with a pattern of various microscopic organisms. There are several large, rod-shaped bacteria, some with flagella, and several smaller, spherical viruses with prominent surface spikes. The organisms are rendered in a soft, slightly blurred style, giving the background a scientific and biological feel.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Инфекционный контроль, стандарты инфекционного контроля

Инфекционный контроль (ИК) – система эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в стационаре, базирующаяся на результатах эпидемиологической диагностики.

Стандарты ИК – это перечень правил и общих требований предъявляемых к системе ИК.

1. Комитет (комиссия) по инфекционному контролю (КИК)

Полномочия: распространяются на все подразделения и службы стационара.

Состав КИК:

- председатель (один и заместителей главного врача по лечебной работе);
- госпитальный врач-эпидемиолог и/или помощник госпитального эпидемиолога;
- главная медицинская сестра;
- врач-профпатолог (или др. специалист, прошедший подготовку по вопросам охраны профессионального здоровья мед. работников);
- врач-бактериолог (зав. баклабораторией стационара);
- врач-хирург (зав. одним из ключевых хирургических отделений);
- врач-терапевт (зав. одним из ключевых терапевтических отделений);
- врач анестезиолог-реаниматолог (зав. реанимационным отделением);
- зав. аптекой.

Госпитальные инфекции

Госпитальные инфекции – любые инфекционные заболевания (состояния). Проявившиеся или возникшие в условиях стационара. Понятие госпитальные инфекции включает в себя:

Заносы инфекции - это инфекционные заболевания, возникшие до поступления в данный стационар и проявившиеся (когда больной поступает в стационар в инкубационном периоде) или выявленные при поступлении (после поступления) в стационар.

Внутрибольничные (нозокомиальные) инфекции – это инфекционные заболевания (состояния), возникшие в данном стационаре (и не имевшиеся до поступления в стационар даже в инкубационном периоде) и при поступлении (после поступления) в стационар.

2. Диагностика, учет и регистрация госпитальных инфекций

Стационар обеспечивает своевременную и полную диагностику, регистрацию и учет всех госпитальных инфекций.

Медицинский работник, выявивший случай госпитальной инфекции, формулирует диагноз в соответствии со стандартными определениями случая и представляет необходимую оперативную информацию в утвержденном порядке.

Осуществляется активное выявление госпитальной инфекции

3. Микробиологический мониторинг

Своевременное и полное проведение необходимых микробиологических исследований, выделение и идентификация возбудителей госпитальных инфекций(ГИ).

4. Эпидемиологическая диагностика ГИ

Эпидемиологическая диагностика и разработка эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля

Разработка инструкций и МУ по выполнению конкретных мероприятий по инфекционному контролю и алгоритмы (технология) выполнения лечебных и диагностических манипуляций. Политика использования антибиотиков, антисептиков, дезинфектантов, разработка эффективных методов стерилизации и дезинфекции, методов обработки рук персонала, разработка эффективных изоляционно-ограничительных мероприятий.

6. Обучение персонала

Все сотрудники стационара проходят обязательное обучение в области инфекционного контроля при поступлении на работу и в дальнейшем на регулярной основе продолжают свое обучение. Госпитальный эпидемиолог и члены КИК активно участвуют в организации обучения персонала.



7. Охрана здоровья персонала

Стационар обеспечивает эффективную охрану здоровья медицинских работников от неблагоприятного воздействия профессиональных факторов инфекционной и неинфекционной природы. Имеется комиссия по охране профессионального здоровья работников стационара. Комитет по охране профессионального здоровья работников включает в своем составе представителей высшей администрации стационара, госпитального эпидемиолога, который руководит организацией мероприятий по охране профессионального здоровья, и специалистов различного профиля, прошедших специальную подготовку по вопросам охраны профессионального здоровья медицинских работников.

Основные функции комитета по охране профессионального здоровья работников стационара:

- расследование несчастных случаев;
- разработка программ профилактики профессиональной заболеваемости для последующего утверждения их главными врачом;
- решение вопросов необходимости и целесообразности финансирования и обеспечения ресурсами мероприятий по ОПЗ;
- разработка и коррекция (пересмотр) письменных инструкций, методических указаний и т.п. по вопросам ОПЗ и согласовывает их с Центром госсанэпиднадзора в районе.;
- организация обучения персонала по вопросам ОПЗ.

Главный врач стационара несет ответственность за организацию эффективной ОПЗ и обеспечение соответствующими ресурсами. Заведующие отделениями стационара обеспечивают организацию регулярных мед. осмотров персонала, организуют профилактические мероприятия и отвечают за создание безопасных условий труда в отделении.

Во всех подразделениях стационара, являющихся объектами ОПЗ, имеются ответственные за обеспечение ОПЗ.

Актуальные вопросы эпидемиологии внутрибольничных инфекций

Проблема внутрибольничных инфекций актуальна для здравоохранения всего мира в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально-экономическим ущербом, причиняемым ими.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ:

Складывается из прямых и дополнительных затрат, по крайней мере, связанных с увеличением срока пребывания пациента в стационаре, лабораторным обследованием, лечением (антибиотики, иммунопрепараты и др.) По данным американских авторов, стоимость дополнительного пребывания в стационаре из-за ВБИ составляет ежегодно от 5 до 10 млрд. долларов.



Актуальные вопросы эпидемиологии внутрибольничных инфекций

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ.

Касается нанесения вреда здоровью пострадавшего, вплоть до инвалидности при некоторых нозологических формах, а также увеличение летальности пациентов с ВБИ. По данным ВОЗ, показатель летальности среди госпитализированных с ВБИ в 10 раз превышал таковой у лиц без инфекции.



Статистика по ВБИ

**ВБИ развиваются у 5-20%
госпитализированных
больных**

**Ежегодно, по далеко
не полным данным в
РФ регистрируется
50-60тыс. случаев ВБИ.
В абсолютных цифрах
предполагаемая
ежегодная
заболеваемость
пациентов
стационарах составляет
2-2,5 млн. чел.**

**Летальность при
различных
нозологических формах
ВБИ колеблется от 35%
до 60%, а в случае
генерализации инфекции
достигает такого же
уровня,
как в доантибиотическую
эру.**

Виды внутрибольничных инфекций

- 1. У пациентов, инфицированных в стационарах;**
- 2. У пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи;**
- 3. У медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.**

Определение ВБИ

Внутрибольничная инфекция (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ИСМП– представляет собой любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации. К внутрибольничных послеоперационным инфекциям относятся заболевания возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до года

Причины роста ВБИ

- 1.** Формирование мощного искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекций, связанного с инвазивными вмешательствами, лечебными и диагностическими медицинскими процедурами, использование медицинской аппаратуры (искусственно созданного медициной).



Причины роста ВБИ

2. Активизация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактно-бытового, в условиях тесного общения больных, медицинского персонала в лечебных учреждениях. Гнойно-септическая инфекция передается контактно-бытовым путем. Основным фактором передачи гнойно-септических инфекций являются руки мед. персонала!



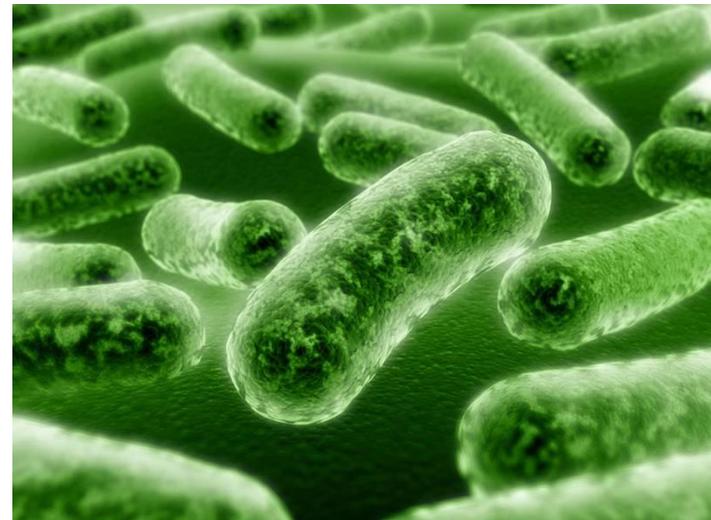
Причины роста ВБИ

3. Наличие постоянных источников инфекции в виде пациентов с нераспознанными инфекционными заболеваниями и мед. персонала (носители, больные со стертыми формами инфекции)



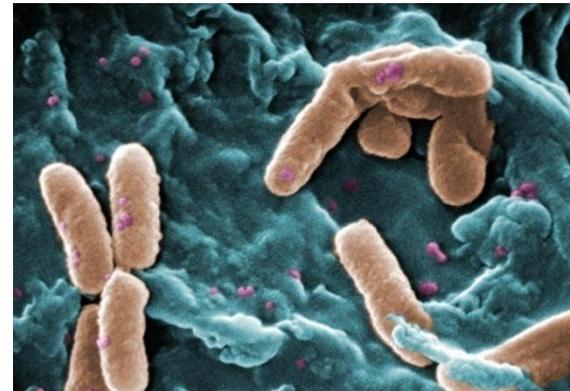
Причины роста ВБИ

4. **Широкое и подчас бесконтрольное использование антибиотиков. Не всегда достаточно продуманная стратегия и тактика применения антибиотиков и химиопрепаратов для лечения и профилактики заболеваний способствует появлению лекарственной устойчивости микроорганизмов.**



Причины роста ВБИ

5. Формирование внутригоспитальных штаммов большого числа микроорганизмов, характеризующихся множественной лекарственной устойчивостью, высокой устойчивостью по отношению к неблагоприятным факторам окружающей среды (ультрафиолетовому облучению, высушиванию, действию дезинфицирующих препаратов). Внутрибольничные штаммы сформировались у золотистого стафилококка, синегнойной палочки, протей, клебсиелл, энтеробактера, ряда сероваров сальмонелл и др.



Причины роста ВБИ

6. Увеличение контингента риска – пациентов, выживаемых и излечиваемых благодаря достижениям современной медицины. В прошлом эти больные считались обреченными.



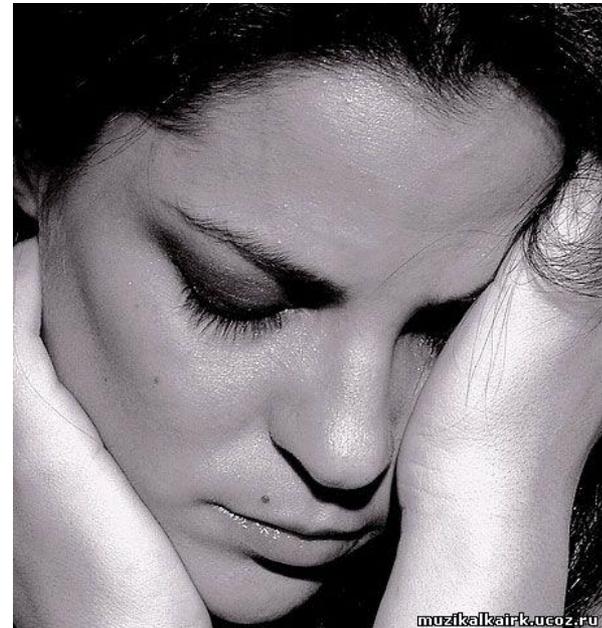
Причины роста ВБИ

- 7.** Изменение демографической ситуации, связанной с возрастанием доли пациентов, находящихся на «двух полюсах жизни», где состояние неспецифических защитных сил организма снижено.



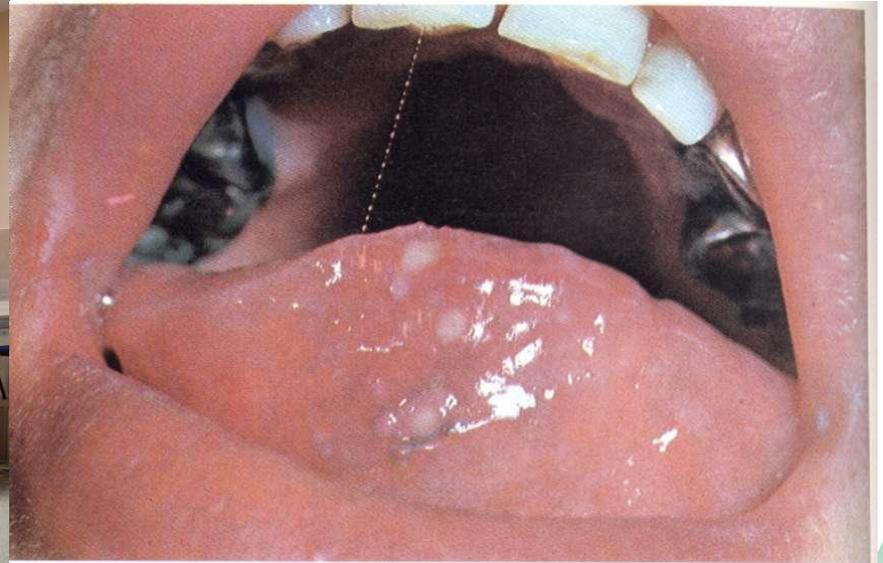
Причины роста ВБИ

8. Снижение неспецифических защитных сил организма у населения земного шара в целом в силу его эволюционной неподготовленности к стремительно изменяющимся условиям жизни в связи с бурным научно-техническим прогрессом и его теневыми сторонами – загрязнением окружающей среды, экологическим кризисом, изменением условий жизни населения.



Причины роста ВБИ

9. Все более широкое использование сложной техники для диагностики и лечения, которая требует особых методов стерилизации. Использование приборов и аппаратуры нередко приводит к травмированию слизистых оболочек и кожных покровов, формируя «входные ворота» для возбудителей инфекции.



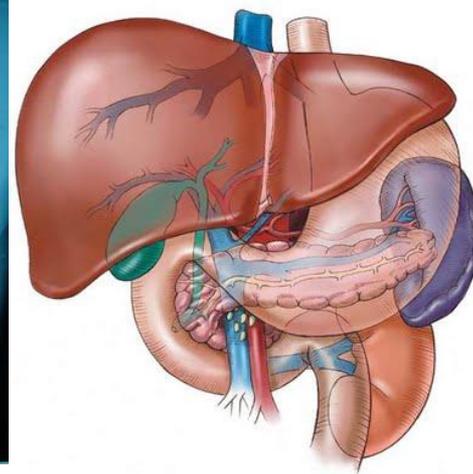
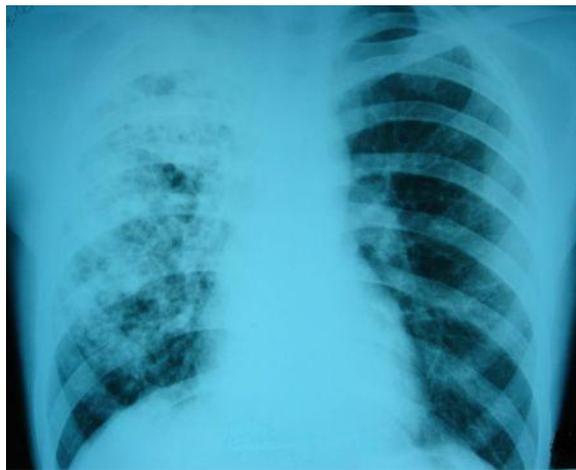
Причины роста ВБИ

- 10.** Увеличение объема и видом медицинских услуг, оказываемых населению амбулаторно-поликлиническим звеном (широкая сеть стоматологических лечебниц, лечебно-диагностических и консультативных центров).



Причины роста ВБИ

11. Рост инфекционной заболеваемости широких групп населения, в т.ч. социально обусловленными инфекциями (туберкулез, парентеральные вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция).



Причины роста ВБИ

12. Медленная психологическая перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривают многие ВБИ (пневмония, пиелонефрит, воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки и др.) как неинфекционную патологию и несвоевременно осуществляющих или вовсе не проводящих необходимые профилактические и противоэпидемические мероприятия.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиологическая структура ВБИ представлена широким спектром бактерий, вирусов, грибов, простейших. Выявляется все большее число возбудителей ВБИ, представленных микробами-оппортунистами: условно патогенными бактериями, вирусами, грибами, простейшими, вызывающими инфекционный процесс на фоне иммунодефицитного состояния макроорганизма.

Одной из важных характерных особенностей госпитальных штаммов возбудителей ВБИ является множественная лекарственная резистентность, высокая устойчивость по отношению к неблагоприятным факторам внешней среды (высушиванию, действию УФ лучей, дезинфицирующих препаратов). При заниженных концентрациях дезинфектантов госпитальные штаммы могут не только сохраняться, но и размножаться в них.

Ведущие механизмы инфицирования и структура ВБИ



Ведущие механизмы инфицирования и структура ВБИ

Воздушно-капельный

Это обуславливает возможность возникновения отдельных заболеваний и вспышек инфекций дыхательных путей, вызываемых вирусами (грипп и другие ОРВИ, реже краснуха, корь, паротит), бактериальными агентами (стафилококковая, стрептококковая инфекции, микоплазмами, простейшими (пневмоцистоз).



Ведущие механизмы инфицирования и структура ВБИ

Фекально-оральный

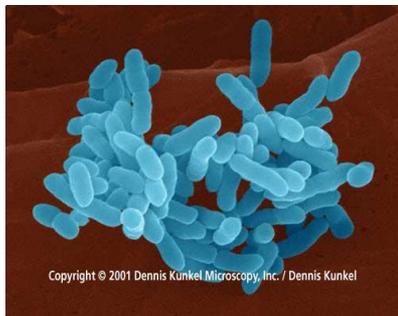
Может реализовываться в стационарах для детей и взрослых и приводит к возникновению кишечных инфекций вирусной и бактериальной природы. Факторы Передачи, как и места их инфицирования, весьма многообразны. Нарушения технологических процессов на пищеблоке, неправильное хранение готовой и сырой продукции, низкая санитарная культура.



Ведущие механизмы инфицирования и структура ВБИ

Контактно-бытовой

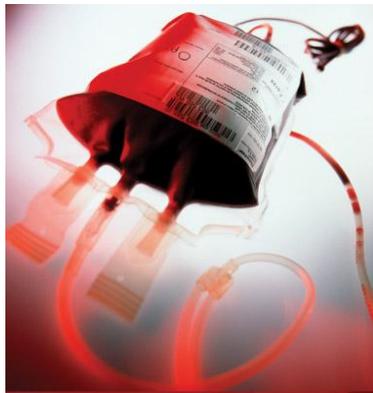
Контактно-бытовой передаче принадлежит главенствующее значение при инфекциях, обусловленных грамотрицательными бактериями. При этом нужно учитывать возможность интенсивного размножения и накопления этих микроорганизмов во влажной среде, в жидких лекарственных формах, в сцеженном грудном молоке, на влажных щетках для мытья рук персонала, влажной ветоши.



Ведущие механизмы инфицирования и структура ВБИ

Артифициальный

Развитие медицины, новых технологий лечения, развертывания широкой сети лечебно-профилактических учреждений привели к формированию нового мощного, как бы искусственно создаваемого, артифициального (от лат. неестественный) механизма передачи, связанного с инвазивными лечебно-диагностическими процедурами. Этот механизм передачи способствовал значительному росту заболеваний ВБИ,



Структура ВБИ

65-70% - гнойно-септические инфекции (ГСИ).
Ведущие пути передачи – контактный и аэрозольный.

8-10% - кишечные инфекции. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы, в основном (до 80%) среди ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений.

5-7% - инфекции, передающиеся через кровь (вирусные гепатиты В,С, D, ВИЧ-инфекция и др.). Основной механизм инфицирования – искусственный.

5-20% - «классические» инфекции (грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез, корь, краснуха, паротит и др.)

ВБИ развивается только при наличии:

Три звена эпидемического процесса

- Источника инфекции (больные, носители, пациенты, мед. персонал)
- Факторов передачи (все абиотические объекты)
- Восприимчивого организма (пациенты, мед. персонал)

Стандартные меры профилактики ВБИ на рабочем месте мед. персонала

- Основные принципы профилактики госпитальной инфекции
- Строжайшее соблюдение и выполнение принципов асептики и антисептики в работе стационаров
- Повышение устойчивости организма больных и медперсонала к инфекции
- Сокращение сроков предоперационной подготовки больных
- Проведение предоперационной антибактериальной профилактики
- Рациональное назначение антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде
- Ограничение контакта больных хирургического профиля с родственниками до и после операции
- пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин(оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком
- Санация очагов инфекции у пациентов до операции
- строгое соблюдение гигиены рук
- инфекционная безопасность проводимых процедур
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима

ЗОНАЛЬНОСТЬ И ПОТОЧНОСТЬ

Выделяют:

Особо чистые зоны: Класс А (операционная, родильный зал)

Чистые зоны: Класс Б (процедурные, прививочные, манипуляционные)





ЗОНАЛЬНОСТЬ И ПОТОЧНОСТЬ

Выделяют:

Условно чистые: класс В (палаты, кабинеты УЗИ, физиотерапии)

Грязные: класс Г (туалетные, душевые, регистратура, помещения для временного хранения отходов, белья)

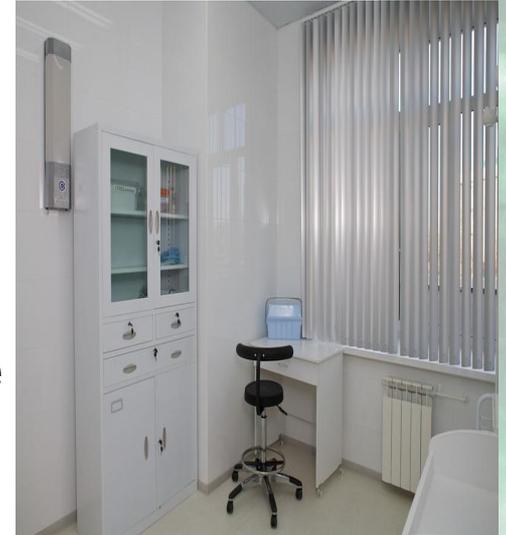
Соблюдение противоэпидемических правил работы в чистой и грязной зоне – это и есть зональность.



1. ЗОНАЛЬНОСТЬ И ПОТОЧНОСТЬ

Не должны встречаться «чистые» и «грязные» потоки: белья, инструментов, отходов, пищи, гнойных и чистых ран, соматических и инфекционных больных. Нужно так организовать работу, чтобы не происходило встречи «чистых» и, «грязных» потоков.

Нельзя одновременно осуществлять инвазивные манипуляции у пациента и работу с медицинскими отходами класса Б, В.
Сан. Пин 2.1.7.2790-10» Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами



2. Средства индивидуальной защиты (СИЗ)

Необходимо использовать СИЗ, поскольку это самый первый барьер на пути ВБИ: халаты и фартуки, хлопчатобумажные костюмы, медицинские шапочки, косынки, защитные очки и щитки, лицевые макси, респираторы, перчатки



3. Три уровня деконтаминации рук



Ладонь к ладони,
включая запястья



Правая ладонь на левую
тыльную сторону кисти
и левая ладонь на
правую тыльную
сторону кисти



Ладонь к ладони рук
с перекрещенными
пальцами

3. Три уровня деконтаминации рук



Внешняя сторона пальцев на противоположной ладони с перекрещенными пальцами



Кругообразное растирание левого большого пальца в закрытой ладони правой руки и наоборот



Кругообразное втирание сомкнутых кончиков пальцев правой руки на левой ладони и наоборот

3. Три уровня деконтаминации рук

Гигиена рук медицинского персонала включает гигиеническую обработку рук и обработку рук хирургов (а также других специалистов, участвующих в проведении оперативных вмешательств).

Гигиеническая обработка рук предусматривает два способа:

- мытье рук с мылом и водой (гигиеническое мытье рук) для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук спиртосодержащим кожным антисептиком (гигиеническая обработка рук) для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.



3. Три уровня деконтаминации рук

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных когтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений



3. Три уровня деконтаминации рук

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера) или твердое (брусковое), помещаемое в магнитные мыльницы. Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой) однократного использования.

Для обеззараживания рук применяют спиртосодержащие и другие разрешенные к применению кожные антисептики. Используют антисептики, в том числе гели в индивидуальной упаковке (флаконы небольшого объема, которые после использования утилизируют).



Три уровня деконтаминации рук

- после контакта с секретами или экскрементами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- при выполнении различных манипуляций по уходу за пациентом после контакта с контаминированными микроорганизмами участками тела;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента



Три уровня деконтаминации рук

Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком (без предварительного мытья) проводят путем втирания в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожу, вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. При использовании дозатора новую порцию антисептика наливают в него после его дезинфекции и промывания водой.

3. Три уровня деконтаминации рук

При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.

- Снять перчатки
- Вымыть руки мылом и водой
- Тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;
- Обработать кожным антисептиком дважды.



3. Три уровня деконтаминации рук

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

Не допускается использование одной и той же пары перчаток при переходе от одного пациента к другому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. следует салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептиком), убрать видимые загрязнения, снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфектанта, затем обработать руки кожным антисептиком.

3. Хирургическая деконтаминация рук

Перед обработкой рук хирургов снять часы, браслеты, кольца, перстни. Обработку проводят в два этапа:

- 1 этап: мытье рук с мылом и водой в течение 2-х минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);
- 2 этап: обработка кожным антисептиком кистей рук, запястий и предплечий.



Количество кожного антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и ее продолжительность определяются в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства.

Санпин 3.1.2485-09 Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций

The background of the slide is a light green color with a semi-transparent overlay of various microscopic organisms. These include several spherical viruses with prominent surface spikes, and various shapes of bacteria, including rod-shaped and spherical forms, some with flagella. The organisms are rendered in a soft, slightly blurred style, creating a scientific and biological atmosphere.

4. Технологичность и безопасное выполнение процедур

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ

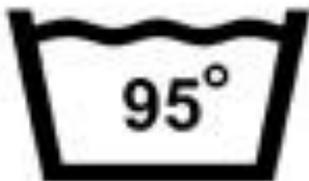
2 основных принципа асептики

- Все, что соприкасается с раной, должно быть стерильно**
- Все хирургические больные должны быть разделены на 2 потока- чистые и гнойные**

5. Соблюдение стандартов медицинской деятельности

1. АСЕПТИКА и АНТИСЕПТИКА

АСЕПТИКА - в широком понимании – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания на рану, объект, в пространство различных микроорганизмов, в том числе патогенных (греч. А – не, septicol – гнойный). Для этого используют физические методы уничтожения микробов в (на) различных материалах: кипячение, прокаливание, автоклавирование, ультрафиолетовое облучение, **ламинарный** поток стерильного воздуха, фильтрацию, ионизирующее излучение.



5. Соблюдение стандартов медицинской деятельности

АНТИСЕПТИКА - (греч. Anti – против, septicol – гнойный) – это способ предупреждения заражения микроорганизмами, (в том числе патогенными) ран, поверхности слизистых оболочек тела человека и животных с помощью химических противомикробных веществ неспецифического действия, называемых антисептиками.



6.Соблюдение режима дезинфекции

6. ДЕЗИНФЕКЦИЯ

ДЕЗИНФЕКЦИЯ – (франц. dez – приставка, означающая inficere удаление, уничтожение чего-либо; лат. Inficere – заражать, портить, отравлять) - это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и условно патогенных микроорганизмов на (в) объектах внешней среды с помощью химических антисептиков, дезинфектантов, физических и других воздействий.

В соответствии с СанПин 3.5.2528-09 «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях»



6. Дезинфекция

Профилактическую дезинфекцию в ЛПО проводится систематически при отсутствии ВБИ, когда источник инфекции (больной, носитель) не установлен и возбудитель не выделен.

Профилактическая дезинфекция это:

- дезинфекция, ПСО, стерилизация;
- гигиеническая, хирургическая деконтаминация рук;
- кварцевание, проветривание;
- дезинфекция отходов, белья, посуды;
- текущая, генеральная уборка в ЛПО;
- дезинсекция;
- дератизация;

6. Дезинфекция

Очаговая дезинфекция – в присутствии инфекционного больного (носителя), в очаге, делится на:

Текущая дезинфекция – от момента выявления инфекционного больного (носителя) до перевода, выписки, выздоровления, в окружении инфекционного больного.

Заключительная дезинфекция – после смерти, изоляции и перевода инфекционного больного

7.Соблюдение режима стерилизации

7. СТЕРИЛИЗАЦИЯ

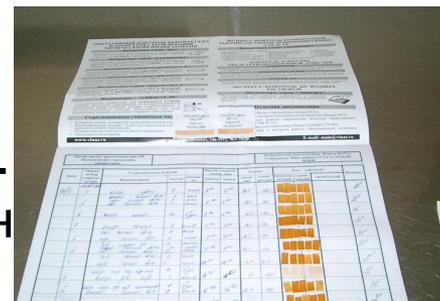
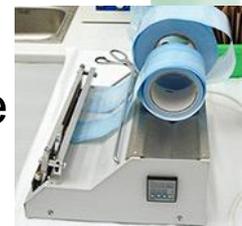
Под стерилизацией понимают полное устранение или уничтожение всех форм живых микроорганизмов.

Стерилизация может проводиться паровым, воздушным или химическими методами. В отделениях, при отсутствии центральной стерилизационной в стационаре, стерилизацию проводят в сухожаровых шкафах в одном из нижеперечисленных режимов:

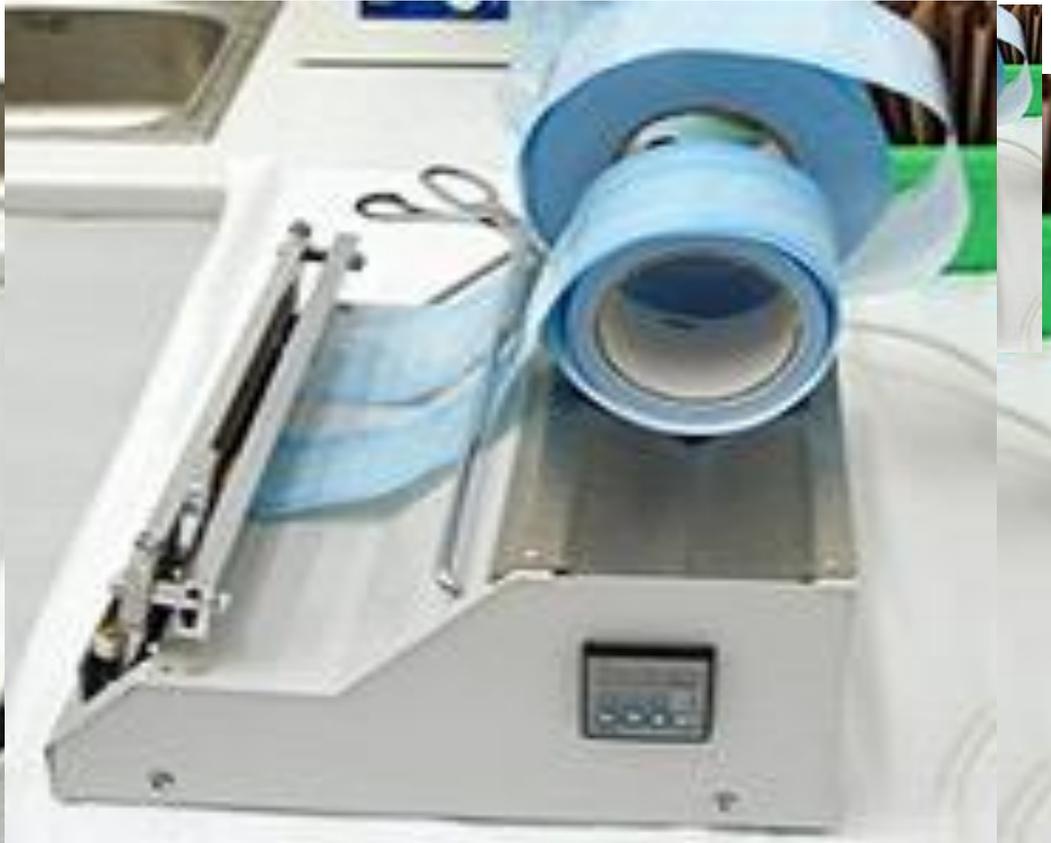
1. По первому режиму температура стерилизации в камере 180С, время – 60 мин.;
2. По второму режиму температура стерилизации в камере 160С, время стерилизации - 150 мин.

А также паровым методом (в автоклавах):

1. 2,0 атм. температура - 132С, время – 20 мин.
2. 1,1 атм. температура – 120С. Время – 45 мин



7. Стерилизация



Соблюдение стандартов медицинской деятельности



Соблюдение стандартов медицинской деятельности



avdent.ru



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хочется отметить, что в ЛПУ проводится не только значительная лечебно-диагностическая деятельность, но и весьма обширный комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленный на профилактику ВБИ, являющихся особой спецификой категории болезней человека, связанных с получением больным того или иного вида медицинской помощи и являющихся результатом пребывания пациента в стационаре. **Во главе всей этой многогранной работы по профилактике ВБИ в ЛПУ стоит медицинская сестра – основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность деятельности которой зависит от полученных в процессе обучения знаний и практических навыков по решению данной проблемы. Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ и сохранить здоровье пациентам.**

The background of the slide is a microscopic view of various green microorganisms. It features several large, rod-shaped bacteria with flagella, and several smaller, spherical viruses with prominent surface spikes. The overall color palette is a range of green tones, from light to dark, creating a textured, scientific appearance.

Благодарю за внимание!

Список использованной литературы:

1. «Концепция профилактики внутрибольничных инфекций» 1999г.
2. Акимкин В.Г. «Актуальные вопросы эпидемиологии внутрибольничных инфекций» 2000г. М. Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России
3. Венцела Р.П. «Внутрибольничные инфекции» М. Медицина 1990г.
4. Покровский В.И. «Внутрибольничные инфекции, проблемы, пути решения» М. Медицина 2000г.
5. Семина Н.А. «Новое в профилактике госпитальных инфекций» Информационный бюллетень М. 1999г.
6. Ефаев Р.Х. «О некоторых особенностях паразитарных систем при гнойно-септических инфекциях в стационарах» М. 1999г.
7. В.М. Ключев, В.П. Акимкин «Внутрибольничные инфекции и роль медицинского персонала в их профилактике» М. Медицина 2004г.
8. А.С.Мелкунян «Значение средств антисептики и тактика их выбора в профилактике ВБИ» Медсестра 2010г.
9. Н.И.Владимиров «эпидемиология внутрибольничных инфекций(концепция санитарно-эпидемиологического надзора)» М. 2003г. Иркутск
10. СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям осуществляющим медицинскую деятельность»