**Содержание**

Введение……………………………………………………………………….2

1. Система управления рисками в работе процедурной медицинской сестры……………………………………………………………….……2
2. Стандартные меры профилактики ИСМП………………………..……5
3. Причины возникновения постинъекционных осложнений…………...8
4. Профилактика постинъекционных осложнений……………………...11
5. Вакцинопрофилактика медработников…………………………….….11
6. Заболевания, передающиеся половым путём…………………………12

Заключение……………………………………..………………………………13

Список использованной литературы…………………………………………14

**Введение**

Труд медицинских сестер принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях – и большими физическими нагрузками, требующими особой выносливости. Медицинские сестры ввиду характера своей работы подвержены воздействию широкого спектра факторов профессионального риска. Среди них биологические риски, например, инфекции, вызываемые порезами или уколами или иными контактами дезинфицирующими средствами или лекарственными препаратами: физические риски, например из-за воздействия ионизирующего излучения, эргономические риски, создаваемые необходимостью физического манипулирования пациентами или продолжительного стояния и ходьбы , психосоциальные риски, такие как стресс и посменная работа.

**1.Система управления рисками в работе процедурной медицинской сестры**

Инфекционные риски

1.Гигиена рук

2.Обращение с медицинскими отходами

3.КАИ

4.ИОХВ

Медикаментозные риски

1.Ошибочно введение лекарственных средств

Риски при выполнении манипуляций

1.Идентификация

2.Наблюдение за пациентом

3.Уход за пациентом

Кадровые риски

1.Текучесть кадров

2.Самонадеянность

3.Коммуникации

Инфекции в области хирургического вмешательство (ИОХВ)

1.Регистрация процедур

2.Регистрации факторов инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ)

3.Результат бакпосевов

Контроль над КАИ-регистрация в листе назначений сестринских процедур по уходу за катетерами – ежедневное мониторирование.

Стандартная операционная процедура повышает степень защиты пациента

* Идентификация пациентов, пробирок, внесение записей в журнал регистрации забора крови
* Профилактикам ИСМП-мытье рук до и после процедуры, обработка кожных покровов пациента
* Соблюдение технологий забора крови

**Медикаментозные риски**

В основе большинства ошибок лекарственной терапии лежат следующие факторы:

1.Трудности узнавания (похожие упаковки, близкие по звучанию названия ЛС).

2.Недостаток информации о пациенте или ЛС.

3.Переписывание назначения ЛС, особенно если почерк врача не разборчив.

4.Отсутствие информации о случаях неблагоприятных реакции на лекарства.

**Наиболее распространенной ошибкой акушерок и медицинских сестер является неправильное введение препарата.**

Половина недосмотров случается при внутривенных инъекциях лекарств:

* Персонал вводит не тот медикамент .
* Ошибается в дозе.
* Неправильно проводит введение.
* Готовит раствор в нестерильных условиях.

**Риски при уходе и наблюдением за беременной.**

Наблюдение за пациентом в первые 24 часа после перевода из операционной и ОРИТ

Основная цель:

* Своевременное реагирование медицинских работников на ухудшение состояния пациентов
* Принятие решений

Параметры наблюдения:

1.Артериальное давление (АД)

2.ЧДД  
 3.Пульс

4.Температура

5.Диурез

6.Количество отделяемого

7.(при наличии дренажей)

**Идентификация**

Для того, чтобы исключить ошибки персонала и не перепутать детей, акушерки сразу же после этого надевают на ручки младенцев идентификационные браслеты, на которые записываются основные данные о них и их родителях, «Браслет для новорожденных» изготовлен из мягкого нетоксичного полиэтилена , не стерильный и применяется только однократно.

**Кадровые риски**

Не последнюю роль в проявлении сестринских ошибок играет:

1.Неправильная организация работы

2.Недостаток опыта

3.Недостаток знаний

4.Недооценка мнения коллег

Адаптация специалиста на рабочем месте и предупреждение рисков в профессиональной деятельности путем:

* Совершенствования профессионального отбора.
* Постоянного повышения квалификации .
* Наставничества

**Управление рисками в работе акушерки и медсестры:**

***Хорошо***

* Организация работы в бригаде попарно «опытный работник –молодой»
* Комментировать свои действия(«я иду к Будаеву вводить БЦЖ»)
* Мотивация на непрерывное образование сестер
* Проведение обучающих семинаров, мастер классов, тренинги

***Плохо***

* Работа попарно «молодой работник-молодой»
* Замалчивание проблем
* Нигде не фиксируемые устные сообщения об ошибках
* Низкая мотивация к повышению квалификации.

**2.Стандартные меры профилактики ИСМП.**

Профилактика ИСМП включает стандартные и специальные меры.

Стандартные меры — это повседневные процедуры, направленные на

снижение риска распространения сотрудников лечебно-профилактической организации. Специальные меры используются в случаях, когда реализации стандартных мер недостаточно.

Стандартные меры предосторожности включают, прежде всего,

правильную обработку рук, использование средств индивидуальной

защиты медицинским персоналом, надлежащие обращение, хранение и

утилизацию острых инструментов.

Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов

пациентов

Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные,

процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты

медсестер (в строящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением

и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого

уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал

осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов.

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов — только стерильные тканевые.

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

– перед непосредственным контактом с пациентом;

– после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

– после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

– перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

– после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

– после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

– гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;

– обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах

**Ситуации, при которых необходима обработка рук**

***Перед***

* Контактом с пациентом
* Надеванием перчаток
* Проведением любой медицинской манипуляции
* Началом/окончанием рабочего дня
* Едой/контактом с продуктами питания, напитками
* Работой на клавиатуре компьютера

***После***

* Контакта с пациентом, его личными предметами
* Проведения медицинской манипуляции, контакта с биологическими жидкостями
* Снятия медицинских перчаток
* Контакта с медицинским оборудованием
* Пребывания в изоляторе
* Выхода из смотрового кабинета
* Высмаркивания, прикосновения к носу и рту
* Еды/контакта с едой/напитками
* Посещения туалета
* Работы на клавиатуре компьютера
* Использования телефона
* Контакта с постельным бельем
* Контакта с мусором
* Во всех случаях, когда руки явно загрязненены

**Правила мытья рук**

1.Открыть воду локтем (локтевой кран) или салфеткой (барашковый)

2 Смочить руки проточной водой

3 Нанести жидкое мыло на кожу рук из дозатора (доза указана в инструкции)

4 Тщательно потереть ладони друг о друга, для того чтобы распределить мыло по всей поверхности кожи

5 Тереть ладонью одной руки тыльную поверхность другой, в том числе межпальцевые поверхности

6 Пальцы в «замок» — мыть ногтевые фаланги

7 Мыть большой палец каждой руки

8 Тереть ногтевыми фалангами пальцев одной руки о

ладонную поверхность другой, поменять руки

9 Мыть запястья и предплечья каждой руки

10 Тщательно смыть мыло под проточной водой

11 Закрыть воду локтем или салфеткой

12 Вытереть руки одноразовым полотенцем

*Перед выполнением медицинских манипуляций на высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки!*

**Антисептики**

Антисептические средства для обработки рук на спиртовой основе более эффективны в профилактике инфекций по сравнению с обычным или антибактериальным мылом.

Обработка рук антисептиком

Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т. п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

**3.Причины возникновения постинъекционных осложнений**

Одна из главных причин постинъекционных абсцессов и флегмон является нарушение правил асептики при выполнении инъекций (так называемая инокуляция инфекции). Патогенный возбудитель может вноситься в ткани с плохо обработанной кожи в месте инъекции, с игл, шприцев при их недостаточно тщательной обработке, инфицировании инъекционных инструментов в процессе работы, реже - из инфицированного лекарства. Соблюдение всех требований асептики при выполнении инъекционных манипуляций - один из важнейших аспектов профилактики постинъекционных осложнений.

Нередко абсцесс в месте инъекции развивается и при должном выполнении правил асептики, когда возбудитель воспаления поступает в эту область по эндогенным путям из очагов острой или хронической инфекции. Возможна даже ситуация порочного круга при недостаточно внимательном анализе причины постинъекционного осложнения. Например, больной получает антибиотики по поводу острой пневмонии; у него развивается нераспознанный постинъекционный абсцесс, однако повышение температуры тела у больного относят за счет основного заболевания и назначают дополнительные инъекции антибиотиков и других препаратов, что поддерживает воспаление в тканях в месте введения.

Наряду с этим следует помнить, что существуют и другие механизмы возникновения постинъекционных абсцессов и флегмон. Среди них - неправильная техника введения лекарств, осложнения, вызванные самим лекарством либо состоянием ткани, предрасполагающим к развитию абсцессов, которые могут быть асептичными, т. е. не содержать гноеродной патогенной флоры.

Чаще всего инъекции делают в ягодичные мышцы, соответственно именно здесь отмечается наибольшее количество абсцессов (по данным различных авторов, до 60% всех постинъекционных осложнений). В область плеча инъекции делаются реже, соответственно и возникновение абсцессов наблюдается только в 25% случаев, а в других местах - еще реже.

Недостаточное внимание к требованиям техники выполнения инъекционных вмешательств заключается в том, что иглы подбираются без учета толщины подкожного жирового слоя, топографии сосудисто-нервных пучков данной области, того, что лекарства вводятся в одно и то же место. Описано несколько случаев тяжелых невритов после инъекций различных препаратов в точки ягодичной области, расположенные рядом с проекцией седалищного нерва. После этих манипуляций больных длительное время беспокоили расстройство чувствительности и слабость в нижних конечностях, боли по ходу седалищного нерва, что приводило к снижению трудоспособности, требовало дополнительного лечения. К осложнениям после инъекций может привести и привычка массировать место введения лекарственных препаратов, что нередко вызывает развитие эмболии сосудов в области депо лекарства и впоследствии некроз мышечной ткани.

Ягодичная область, по данным различных авторов, содержит до 30 точек для инъекций. Следует избегать введения лекарств в одно и то же место, чаще менять стороны инъекции, так как многократное введение лекарственных препаратов в одну точку интенсивно травмирует ткани мышц (иглой, лекарством) и может привести к развитию абсцесса даже при должном соблюдении правил асептики. Доза препарата, безвредная при однократном введении, при повторном введении в одно и то же место может вызвать некроз ткани даже при стерильной технике инъекции.

Следует помнить, что медикаменты, предназначенные для введения внутримышечно, при инъекции под кожу вызывают асептический некроз ткани в месте введения. К таким веществам относятся глюконат кальция, многие антибиотики, витамины группы В. Лекарства в подкожной жировой клетчатке всасываются значительно хуже, так как она бедна кровеносными сосудами и препарат задерживается в ней значительно дольше, чем в мышечной ткани с ее богатой кровеносной системой и высокой дренажной способностью.

Нередко постинъекционные осложнения развиваются у ослабленных, истощенных больных, при нарушении кровообращения в тканях, дистрофических процессах различной этиологии, даже если соблюдается правильная техника введения. Воспалительный процесс в этих случаях носит асептический характер.

Кроме того, частой причиной постинъекционных абсцессов и флегмон является неоправданно широкое применение концентрированных и масляных растворов, особенно при неправильной технике инъекций. Среди концентрированных растворов лекарств, являющихся источниками постинъекционных осложнений, следует назвать 25% раствор сернокислой магнезии, 50 раствор анальгина, 24% раствор эуфиллина, 25% раствор кордиамина, а также масляные растворы - 20% раствор камфоры 2% раствор синэстрола, 1,72% и 3,44% растворы ретинола ацетата (витамина А), 2,5% раствор прогестерона. Концентрированные растворы нельзя вводить подкожно, а масляные растворы не следует вводить внутримышечно. Даже однократное неправильное введение препарата может явиться причиной возникновения абсцесса.

Нередки постинъекционные осложнения при внутривенном введении, проявляющиеся флебитами и флеботромбозами, связанные как с внесением инфекции при выполнении этих манипуляций, так и с самим препаратом, раздражающим сосудистую стенку (калия хлорид, некоторые антибиотики и др.).

Таким образом, в качестве основных причин развития постинъекционных осложнений следует назвать неправильную методику введения лекарств и неудачный выбор места инъекции, применение коротких игл, подкожное введение лекарств, предназначенных для введения внутримышечно, применение концентрированных и масляных растворов, нарушение правил асептики. Знание механизмов возникновения и развития постинъекционных абсцессов, соблюдение методических требований в выполнении инъекционных вмешательств позволяют проводить эффективную профилактику этих осложнений.

**5.Профилактика постинъекционных осложнений**

Основными принципами на которых должна строиться профилактика постинъекционных осложнений являются:

**-**Неукоснительное соблюдение правил санитарно-эпидемиолгического режима;

- Соблюдение алгоритмов внутримышечных и внутривенных инъекций.

**6.Вакцинопрофилактика медработников.**

В России по Календарю профилактических прививок вакцинации подлежит все население. Особое внимание уделяется иммунизации работающим гражданам, особенно в медицинской сфере. Врачи, медицинские сестры и работники лабораторий постоянно имеют риск заражения инфекционными заболеваниями не только себя, нои окружающих.

Сохранение жизни и здоровья медработников с помощью вакцинопрофилактики является частью государственной программы России. Давайте выясним, какие прививки для медработников являются обязательными.

Какие прививки обязательны для медработников:

Согласно Календарю прививок России, прививается все население. Для медицинских работников обязательна иммунизация от следующих инфекционных заболеваний:

От столбняка и дифтерии с ревакцинацией 1 раз 10 лет от гриппа: иммунизация от кори18-55 лет включительно; вакцинация и ревакцинация от гепатита B; вакцинация от краснухи делается тем, кто не привит, или имеет единичный опыт этой прививки, а также не переболевшим.

Люди без информации о том, от чего они уже прививались, также должны пройти иммунизацию.

**6.Заболевания, передающиеся половым путём**

Можно выделить несколько болезней, которые чаще всего встречаются в медицинской практике. Большая часть из них подлежит лечению, но проявляются они достаточно поздно, поэтому успевают нанести ощутимый вред здоровью:   
  
 **Сифилис.** Этот недуг имеет три стадии развития, при этом инфекция легко поражает не только слизистые оболочки, но еще и кожные покровы, а также воздействует на мягкие и костные ткани, разрушая их. В запущенных случаях врачи сталкиваются с поражением центральной нервной системы. Передается сифилис через предметы личного пользования, а также через кровь и во время полового акта. Сначала на коже появляется сыпь и язвы, затем возникают специфические образования. Вторая и третья стадия часто протекают скрыто, поэтому пациент может столкнуться с опасным поражением организма, что приводит к смерти больного.   
 **Хламидиоз**. Это очень распространенная болезнь, она встречается чаще всего у женщин. Первая симптоматика возникает спустя неделю после проникновения вируса. Во время полового акта возникают неприятные ощущения, мочеиспускание становится болезненным, а также могут наблюдаться слизистые выделения. Женщины сталкиваются с приступами болей в области малого таза и кровотечениями.   
Генитальный герпес. Его также относят к вирусным инфекциям, вызывается недуг простым герпесом первого или второго типа. Если инфицирование произошло первично, то велика вероятность, что протекать генитальный герпес будет без выраженных признаков. Но после, этот вирус навсегда останется в организме, и может периодически проявляться внешне. Характерным признаком являются мелкие высыпания в виде пузырьков, они располагаются в области ануса и на гениталиях.   
 **Микоплазмоз.** Недуг развивается при проникновении в организм болезнетворных патогенных бактерий. Микроорганизмы могут долгое время находиться в инкубационном периоде, но при резком снижении иммунитета, они активируются и приводят к воспалительным процессам в тканях. Чтобы этот процесс запустился, достаточно переохладиться или пережить серьезный стресс.   
 **Гонорея.** Если гонококковая бактерия попадет на слизистую гениталий, то она сразу начнет развиваться. Сначала развиваются слизистые выделения с гноем, они возникают из ануса, влагалища и уретры, также больной наблюдает зуд и жжение, которое возникает при мочеиспускании. Также могут возникнуть дополнительные симптомы, к ним можно отнести дискомфорт и боль в горле, ломота в мышцах, незначительное повышение температуры тела.

**ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)** — самое опасное ЗППП, которое при отсутствии антиретровирусной терапии может перерасти в СПИД. Инкубационный период составляет от 1 до 6 месяцев (чаще всего — 3 месяца). Среди первых симптомов болезни — острая ангина, увеличение и воспаление шейных лимфатических узлов, длительная субфебрильная температура тела.

**Генитальный герпес** — инфекционное ЗППП, которое вызывает вирус простого герпеса первого или второго типа. При первичном заражении может протекать бессимптомно. После инфицирования вирус навсегда остается в организме человека и время от времени проявляется внешне. Характерный симптом болезни — высыпания в виде маленьких пузырьков на половых органах и в области ануса.

Они сопровождаются зудом, дискомфортом и жжением при мочеиспускании. Через несколько дней пузырьки превращаются в язвы и покрываются коркой. Наблюдается слабость, повышение температуры тела и увеличения паховых лимфоузлов. Вирус герпеса представляет особую опасность для беременных женщин и требует срочного лечения.

**Трихомониаз** — одно из самых распространённых в мире ЗППП. Вызывается трихомонадами. Инкубационный период составляет от 7 до 28 дней. У женщин заболевание проявляется более явно — у мужчин оно может протекать бессимптомно. У больных наблюдаются слизистые желтоватые выделения из половых органов (как правило, с неприятным запахом), боль при половом акте, зуд при мочеиспускании.

При поражении предстательной железы у мужчин возникает простатит. Трихомониаз особенно опасен для беременных — он может стать причиной преждевременных родов и других осложнений.

**Заключение**

При нарушении санитарно-эпидемиологических требований выполнения медицинских манипуляций может запуститься артифициальный механизм передачи инфекции. Любая из инвазивных процедур может привести к инфицированию. Особое место среди различных госпитальных инфекций занимают постинъекционные осложнения в связи с высокой частотой инъекционных вмешательств.

Для сокращения количества случаев постинъекционных осложнений необходимо:

* Обеспечение качественной дезинфекции и стерилизации расходного материала, изделий медицинского назначения, используемых при проведении инъекций, катетеризации;
* Строжайшее соблюдение антисептики и асептики при проведении парентеральных манипуляций;
* Соблюдение техники гигиенического мытья и гигиенической антисептики рук медицинского персонала процедурных, прививочных, осуществляющего парентеральные инъекционные манипуляции;
* Антисептическая обработка кожных покровов пациента перед инъекцией;
* Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в процедурных, прививочных, манипуляционных кабинетах. Осуществление производственно - лабораторного контроля в процедурных, прививочных, манипуляционных кабинетах.

**Список использованной литературы**

1. Обуховец Т.П. Справочник медицинской сестры. 2019год
2. Новоселова С.С. Методичсекое пособие «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Киров 2015год
3. Вебер В.Р. Основы сестринского дела: учебное пособие.- М.: 2001
4. Адаев В.А. Профилактика постинъекционных абсцессов //Мир медицины. - 1999.
5. Смирнов, С. М. Профилактические прививки / С.М. Смирнов, А.А. Ясинский. - М.: Медицина, **2016**. - 264 c.
6. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. - М.: Мед. Книга. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. - 416с.