Министерство здравоохранения Тверской области государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение "Вышневолоцкий медицинский колледж"

ГБПОУ "ВМК"

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заместителя директора по учебной

работе ГБПОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ю.В. Евграфова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**«Роль медицинской сестры в профилактике внутрибольничных инфекций»**

Автор paбoты:

Клестова Д.Д.

Специальность: 34.02.01 "Сестринское дело""

Группa: 35a

Методический руководитель:

Долгова Оксана Николаевна

( Преподаватель ГБПОУ ВМК, высшая категория)

Вышний Вoлoчёк

2018 год

**Содержание**

ВВЕДЕНИЕ ....................................................................................................... 2

ГЛАВА 1 Характеристика внутрибольничной инфекции ............................ 4

1.1Определение и характеристика внутрибольничной инфекции ............... 4

1.2 Первичные симптомы внутрибольничных инфекций ............................. 8

ГЛАВА 2. Профилактика внутрибольничной инфекции ........................... 12

2.1. Меры профилактика внутрибольничных инфекций............................. 12

2.2 Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничной инфекции ..................................................................................... ..................................... 16

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ............................................................................................... 18

ГЛОССАРИЙ .................................................................................................. 21

СПИСОК ЛИТEРAТУPЫ .............................................................................. 23

**ВВЕДЕНИЕ**

Данная курсовая работа посвящена проблемам внутрибольничных инфекций. ВБИ возникли еще в древние времена с появлением одних из первых больниц. Одной из  функций стационаров до девятнадцатого века была изоляция инфекционных больных. Как правило, профилактика внутрибольничных заражений практически отсутствовала, а условия содержания пациентов практически отсутствовали.

В 1843 г. Оливер Уэнделл Холмс впервые пришел к выводу, что медперсонал заражают своих пациентов «послеродовой лихорадкой» в следствии немытых рук. А в 1847 г. Игнац Земмельвейс провел одно из первых эпидемиологическое исследование и доказал, что дезинфекция рук медицинского персонала является важнейшей процедурой, позволяющей предупредить возникновение ВБИ. Именно это открытие Земмельвейса наряду с другими выдающимися врачами положили начало современным представлениям о мерах профилактики инфекций. Экстаз, вызванный появлением антибиотиков в 40-х годах XX столетия, быстро уступила место озабоченности, связанной с появлением антибиотикорезистентных микроорганизмов, и привела к осознанию необходимости комплексного подхода к решению проблем ВБИ. Уже в середине прошлого столетия появились первые программы эпидемиологического наблюдения за ВБИ и документальные подтверждения необходимости программ инфекционного контроля. Начиная с 1980-х годов основной акцент сместился с традиционных гигиенических аспектов профилактики ВБИ на разработку эпидемиологически безопасных методов ухода за пациентами.

В связи с высокой смертной из-за внутрибольничной инфекции резко увеличилось стоимость больничного лечения.

**Актуальностью темы** внутрибольничной инфекции определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения. ВБИ не просто определяют дополнительную заболеваемость: они увеличивают продолжительность лечения и приводят к возрастанию расходов на госпитализацию, вызывают долговременные физические и неврологические осложнения, нарушение развития, нередко приводят к гибели пациентов.

**Цель** курсовой работы:

Исследовать результативные мероприятия, проводимые медперсоналом в условиях лечебно-профилактического учреждения для профилактики внутрибольничных инфекций.

**Объект исследования**: участие медицинской сестры в профилактике внутрибольничной инфекции в ГБУЗ Вышневолоцком ЦРБ.

**Предмет исследования:** особенности деятельности медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе в профилактике внутрибольничной инфекции в ГБУЗ Вышневолоцкая ЦРБ.

Ведущими **задачами** является:

1. Обосновать причины возникновения внутрибольничной инфекции в ЛПУ;

2. Изучить механизмы передачи и меры профилактики внутрибольничной инфекции в ЛПУ.

**Методы исследования**:

-анализ документов (диспансерных, амбулаторных карт, историй болезни пациентов)

-опрос медицинского персонала

**ГЛАВА 1. Характеристика внутрибольничной инфекции**

**1.1** **Определение и характеристика внутрибольничной инфекции.**

На данный момент изменилось представление о роли медицинской сестры в ЛПУ. Медицинская сестра должна всегда находится рядом с больным человеком. Именно поэтому она оказывает значительное влияние на выздоровление пациента. Поэтому медицинская сестра должна владеть практическими и теоретическими навыками.

В последние годы в медицинскую практику вошло понятие «сестринский процесс».

***Сестринский процесс****–*это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Сестринский процесс состоит из следующих этапов:

1. Сестринское обследование:

Оно проводится двумя методами:

• субъективным: расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента

.• объективным: это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время;

2. Сестринская диагностика:

Цели второго этапа сестринского процесса:

• анализ обследований;

• определить с какими проблемами здоровья сталкивается пациент и его близкие;

• определить направление сестринского ухода.

На данном этапе выявляются проблемы пациента, которые подразделяются на настоящие и потенциальные;

3. Планирование сестринского вмешательства:

Цели третьего этапа сестринского процесса:

• выделить приоритетные задачи, рассматривая проблемы и жалобы пациента;

• разработать план достижения поставленных целей

• обозначить срок достижения данных целей;

4. Сестринское вмешательство:

Цель четвертого этапа сестринского процесса:

• сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

5. Определение степени достижения цели и оценка результата:

Цель пятого этапа сестринского процесса:

• определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.

Оформление всех этапов сестринского процесса осуществляется в сестринской истории болезни.

Наиболее удачным и полным следует считать определение ВБИ Европейского регионального бюро ВОЗ в 1979 г.: Внутрибольничная инфекция (больничная, госпитальная, внутригоспитальная, нозокомиальная инфекции) - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его госпитализации в больницу или обращения за лечебной помощью, а так же инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении , не зависимо от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице.[[1]](#footnote-0) Инфекция считается внутрибольничной, если первые симптомы начали проявляться через 48 часов или более после нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода. [[2]](#footnote-1)

Классификация ВБИ:

В зависимости от путей и факторов передачи ВБИ классифицируют: ·

* Воздушно-капельные
* Вводно-алиментарные
* Контактно-бытовые
* Контактно-инструментальные (постинъекционные, постоперационные, послеродовые, посттрансфузионные, постэндоскопические).

В зависимости характера и длительности течения:

* Острые
* Под острые
* Хронические.

По степени тяжести:

* Тяжелые
* Среднетяжелые
* Легкие формы клинического течения.

Главная причина ВБИ- изменение свойств микробов, обусловленное неадекватным использованием в лечебной сфере антимикробных факторов и создание в ЛПУ условий для селекции микроорганизмов с вторичной устойчивостью.

Характеризуя ВБИ можно отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии, отличающие ее от классических инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процессов, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ.

Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Особую категорию риска представляет медицинский персонал госпиталей, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью.

**1.2 Первичные симптомы внутрибольничных инфекций**

Клиника ВБИ во многом определяется возбудитилем. Внутрибольничные инфекции, обусловленные возбудителями-паразитами, имеют соответствующую клиническую картину, довольно легко распознаются практическими врачами. Больные сразу госпитализируются в инфекционные стационары.

Предрасполагающие факторы развития ВБИ:

* Ослабление организма основным заболеванием;
* длительность пребывания в стационаре (более 20 дней);
* чрезмерное применение антибиотиков;
* госпитализация большого количества людей преклонного возраста;
* большая скученность больных в стационарах.

В зависимости от способа заражения ВБИ делят на 4 группы: [[3]](#footnote-2)

* кишечные;
* дыхательных путей;
* внедряющиеся через кожу и слизистые;
* распространяющиеся через различные полости организма.

По распространенности процесса ВБИ бывают генерализованные (бактериемия) и локализованные.

К локализованным ВБИ относятся: [[4]](#footnote-3)

* инфекции кожи и подкожной клетчатки (постинъекционные абсцессы, омфалит, рожа, и т. д.);
* респираторные (бронхит, пневмония, абсцесс легкого и т. д.);
* инфекции глаз (конъюнктивит);
* лор- инфекции (отит, синуит, ринит, ангина, ларингит и др.);
* стоматологические (стоматит, абсцесс);
* инфекции пищеварительной системы (энтерит, колит, холецистит, вирусные гепатиты А, Е и др.);
* уроинфекции (бактериурия, пиелонефрит, цистит, уретрит и др.);
* инфекции половой системы (эндометрит);
* инфекции костей и суставов (остеомиелит, артрит и др.);
* нейроинфекции (менингит);
* менингоэнцефалит (абсцесс мозга);
* осложненные флебиты, тромбофлебиты.[[5]](#footnote-4)

Генерализованные формы ВБИ наиболее часто возникают у пожилых людей (в возрасте старше 70 лет в 3 раза чаще, чем у больных моложе 30 лет).

Клинические проявления бактериемии у пожилых больных отличаются. У них значительно чаще наблюдаются спутанное сознание, возбуждение или ступорозное состояние. Постановка диагноза затрудняется тем, что у многих пожилых больных с бактериемией отсутствует лихорадка.

Для диагностики бактериемии не рекомендуется использовать большое число проб крови на гемокультуру. Следует брать максимально 4 пробы крови. Все пробы необходимо брать в разное время независимо от наличия или отсутствия лихорадки.

Госпитальные кишечные инфекции встречаются преимущественно в младших возрастных группах. Недоношенные новорожденные и грудные дети чаще всего болеют энтеритами.

Особенности клиники у детей: часто нарушается водно-солевой баланс, развивается токсикоз, гипертермия, может развиться судорожней синдром, ферментная недостаточность и аллергизация организма.

Из инфекций дыхательных путей в больницах наиболее часто встречаются грипп и другие ОРВИ, стафилококковые поражения легких, пневмонии, бронхиты, реже — корь, ветряная оспа, скарлатина, коклюш, паротит. Инфекции этой группы могут быть в любом стационаре, но чаще в детских и терапевтических.

К развитию пневмонии особенно предрасположены лица пожилого возраста. Этому способствуют умственная депрессия и поражения сосудов головного мозга. Клинические проявления внутрибольничной пневмонии у престарелых больных могут варьировать от таких симптомов как лихорадка, озноб, кашель с мокротой, до более слабых и неясных — недомогание, спутанность сознания. Выделение мокроты и лихорадочная реакция могут отсутствовать или быть минимальными. На рентгенограммах грудной клетки может наблюдаться атипичная картина с замедленным разрешением.

К инфекциям, внедряющимся через кожу и слизистые, относятся раневые, послеоперационные и постинъекционные абсцессы, гнойные менингиты после спинномозговой пункции, столбняк, газовая гангрена, гепатиты В, С, D, ВИЧ. Эти инфекции чаще встречаются в хирургических стационарах.

Симптомы послеоперационных раневых инфекций — местная эритема, болезненность, припухлость, боли, расхождение краев раны, выделение гнойного экссудата. Для постановки этиологического диагноза послеоперационной раневой инфекции выделение возбудителя необязательно.

Инфекции, распространяющиеся через различные полости организма обусловлены широким внедрением в практику инструментальных, эндоскопических, биохимических и других методов диагностики, ведущих к нарушению целостности покровов тела человека и заносу микробов в стерильные, менее защищенные от микробов зоны. К ним относятся сепсис, отиты, конъюнктивиты, уретриты.[[6]](#footnote-5)

**ГЛАВА 2. Профилактика ВБИ**

**2.1 Меры** **профилактики внутрибольничной инфекции**

Профилактика ВБИ должна быть многоплановой и ее весьма трудно обеспечить по ряду организационных, эпидемиологических, научно-методических причин. Эффективность борьбы с ВБИ определяется планировкой ЛПУ в соответствии с последними научными достижениями, современным оснащением и строгим соблюдением противоэпидемического режима на всех этапах обслуживания больных. В ЛПУ независимо от профиля необходимо свести к минимуму возможность заноса инфекции за пределы ЛПУ.[[7]](#footnote-6)

Учет и регистрация ВБИ осуществляется во всех ЛПУ. На каждый выявленный случай в оперативном порядке подается экстренное извещение в эпидемиологический отдел санитарно-эпидемической станции. Ответственность за своевременность и полноту информации о каждом случае ВБИ возлагается на руководителя ЛПУ. Все выявленные случаи ежедневно учитываются в каждом ЛПУ, в журнале учета инфекционных заболеваний.

Предупредительный и текущий санитарный контроль за ЛПУ осуществляется санитарно-эпидемиологической службой. Для профилактики ВБИ в ЛПУ создается комиссия, которая проводит:

* контроль за полнотой и своевременностью микробиологических исследований, проводимых для постановления диагноза заболевания и оценки санитарно-гигиенического режима в ЛПУ;
* контроль за эффективностью и качеством уборки, очистки, дезинфекции, стерилизации и т. д.;
* контроль за обоснованностью назначения антибиотиков и антисептиков больным, определение тактики антибиотикотерапии;
* обучение медико-технического персонала знаниями и навыками в области диагностики, терапии и профилактики ВБИ;
* контроль по устройству пищеблоков в больницах, содержанию и приготовлению пищи.

Мероприятия по предотвращению заноса и распространению инфекционных заболеваний в стационаре ведутся всеми подразделениями. Еще до поступления в стационар желательно, чтобы врач, направивший больного, кроме паспортных данных и диагноза, выявлял наличие или отсутствие контактов с больными инфекционными заболеваниями; перенесенные в прошлом инфекционные заболевания, склонные к хронизации или носительству; был ли больной за пределами постоянного места жительства.

В приемном покое проводится осмотр на педикулез и чесотку, проводится санитарная обработка больных.

При выявлении педикулеза больной, помещение и предметы, к которым он прикасался, подвергаются дезинфекции. О каждом случае педикулеза экстренно сообщается в СЭС. Также отмечается в истории болезни для привлечения внимания лечащего врача к больному в отделении и проведения повторной санитарной обработки.

Необходимо отметить, что весьма важным в профилактике ВБИ являются санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. Нарушение санитарно-гигиенического режима в ЛПУ приводит к резкому росту заболеваемости ВБИ и возникновению вспышек.

При оценке санитарно-эпидемического состояния ЛПУ проводятся плановые исследования воздуха на общую бактериальную обсемененность и наличие золотистых стафилококков 1 раз в месяц, в таких помещениях как операционные, асептические, реанимационные палаты хирургических отделений, рольные залы, детские палаты акушерских стационаров. Для выявления бактериальной обсеминенности объектов окружающей среды обследуют эпидемиологически значимые объекты . В смывах с объектов окружающей среды определяют стафилококки, синегнойную и кишечные палочки, клейбсиелы и другие виды микроорганизмов.

Обнаружение указанных видов микроорганизмов, свидетельствует о некачественной проводимой их обработке и требует усиления комплекса санитарно-гигиенических мероприятий. Особое внимание уделяют контролю за стерильностью хирургического инструментария, игл, шприцов, шовного материала, катетеров, аппаратов для искусственного кровообращения, эндоскопической аппаратуры и др.

Динамическое смешение за циркуляцией патогенных и УПМ в стационаре является основой для выявления потенциально опасных эпидемиологических ситуаций и предупреждения возникновения вспышек внутрибольничных инфекций.

При длительном применении антибиотиков и химиопрепаратов наблюдается формирование устойчивых к ним микроорганизмов. Это ограничивает терапевтическую эффективность химиопрепаратов, способствует возникновению ВБИ, вызываемых устойчивыми штаммами микроорганизмов. Слежение за лекарственной устойчивостью микроорганизмов в ЛПУ включает:

* определение устойчивости микроорганизмов, выделенных от больных;
* определение лекарственной устойчивости микроорганизмов, выделенных от длительных носителей золотистого стафилококка из числа медицинского персонала и больных;
* определение лекарственной устойчивости микроорганизмов, выделенных из окружающей среды;
* определение устойчивости к дезинфектантам микроорганизмов, выделенных из объектов окружающей среды;
* слежение за уровнем, объемом и перечнем антибиотиков, используемых в лечебном стационаре, правильностью и обоснованностью их назначения;
* обобщение и анализ информации об основных видах и лекарственной устойчивости внутрибольничных штаммов микроорганизмов, с целью определения рациональной тактике применения антибиотиков и других химиопрепаратов.

Для осуществления слежения за состоянием медицинского персонала проводятся следующие мероприятия:

* осмотр и лабораторное обследование вновь поступивших на работу;
* регулярная качественная диспансеризация мед. персонала;
* плановое и по эпидемиологическим показаниям бактериологическое обследование мед. персонала;
* своевременное выявление инфекционных заболеваний среди мед. персонала;
* ежедневный контроль за состоянием здоровья мед. работников в лечебных учреждениях;
* смена персоналом уличной одежды на рабочую перед входом в отделение (брюки, обувь, халат);
* инструктаж по осуществлению основных санитарно-противоэпидемических мероприятий;
* периодическая сдача норм санитарного минимума;

**2.2. Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничных инфекций**

В профилактике ВБИ в ЛПУ медперсоналу достаются главная роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное и тщательное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу профилактики ВБИ.

Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин - организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПУ последним научным достижениям, а также современным оснащением стационара и строжайшим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

* сведение к минимуму возможного заноса инфекции;
* исключение внутригоспитальных заражений;
* исключение выноса инфекции за пределы ЛПУ.

Говоря о важности профилактики ВБИ, следует отметить, что проблема эта безусловно комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Задачи медсестры в контроле ВБИ:

1. Федеральная «Концепция профилактики ВБИ» и роль медсестры в реализации некоторых направлений Концепции.

2. Новые нормативные документы, регламентирующие организацию и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий дезинфекционного вида:

- Санитарные Правила СП 3.5.675-97 «Гигиенические требования к учреждениям, организациям, предприятиям и лицам, занимающимся дезинфекционной деятельностью»;

- Санитарные Правила СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»; - Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения № МУ-2 87-113 от 30.12.98; 3. Группы дезинфицирующих средств, применяемых в Л11У, их характеристика и специфические свойства.

4. Задачи в выборе и правильном использований препаратов для дезинфекции и стерилизации.

5. Контроль качества дезинфицирующих средств, предстерилизационной очистки, стерилизации.

Проблема санитарной обработки помещений ЛПУ только на первый взгляд кажется простой. При более глубоком рассмотрении выявляется ряд вопросов организационного, научного и экономического характера, решение которых позволит улучшить санитарное состояние помещений ЛПУ и снизить заболеваемость ВБИ. 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. [[8]](#footnote-7)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В основе профилактики внутрибольничных инфекций лежит выполнение ряда диагностических, санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, регламентированных для лечебно-профилактических учреждений. Предусматривается наличие фильтра и отдельный прием лихорадящих детей и взрослых в ЛПУ и ФАПах; обследование медперсонала на наличие носителя возбудителя. И если таковой имеется, он отстраняется от работы до полного выздоровления; санирование больных стертыми формами инфекций и бессимптомных носителей возбудителей: проведение текущей и заключительной дезинфекции (в кабинетах инфекционных заболеваний, операционных блоках, перевязочных, центральных стерилизационных отделениях, физиотерапевтических отделениях) с использованием дезинфицирующих средств, бактерицидных ламп и т.д..; соблюдение методов асептики и антисептики, использование одноразовых инструментов и систем; тщательная обработка рук персонала, правильная организация операций и перевязок.

Больной с неясной инфекционной болезнью или возможным сочетанием инфекций должен находиться в боксе или в отдельной палате до уточнения диагноза. За лицами, общавшимися с больными устанавливают клиническое наблюдение, проводят лабораторные исследования, необходимые для установления диагноза. Госпитализация больных в отделение, где выявлена ВБИ, полностью прекращается на инкубационный период. Прием новых больных разрешается после заключительной дезинфекции. Борьба с ВБИ, требующая значительных финансовых затрат, может быть успешной при условии комплексного подхода к решению проблемы с использованием организационных и фармацевтических методов.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ № 220 от 17 сентября 1993 г. в лечебно-профилактических учреждениях страны в штатные расписания вводится должность эпидемиолога или его помощников, что дает реальную возможность оптимизации системных мер профилактики ВБИ. Создано Общество контроля больничных инфекций, которое взаимодействует со всеми ступенями здравоохранения - районными, городскими, областными, республиканскими больницами, специализированными медицинскими центрами. Одна из его основных задач - привнесение международных норм и правил в отечественную медицину.

Какие меры необходимо предпринять для ограничения распространения ВБИ? Это прежде всего понимание серьезности проблемы руководящими органами здравоохранения и продолжение финансовой поддержки ряда мер. Одним из методов снижения внутрибольничного инфицирования является использование пластикового контейнера для внутривенных растворов, который обладает рядом существенных преимуществ перед стеклянными емкостями для растворов. Наиболее значимыми из них является то, что пластиковый контейнер нельзя разбить, меньшими являются затраты на транспортировку и утилизацию. Другим преимуществом является невозможность попадания воздуха в гибкий спадающийся при вытекании жидкости контейнер, как это происходит при использовании стеклянных или пластиковых флаконов. Исключение возможности попадания воздуха внутрь системы делает невозможным инфицирование пациента при внутривенной инфузии. Закрытые стерильные спадающиеся системы для внутривенных растворов, которые включают также мини-контейнеры для дополнительного проведения лекарственной терапии.

Основным в комплексе мер, направленных на снижение внутрибольничного инфицирования, является широкомасштабное использование достижений химико-фармацевтической промышленности, производимых дезинфекционных, антисептических и бактериальных средств, обеспечивающих эффект вне зависимости от вида возбудителя. Колоссальное значение имеет грамотное, целенаправленное использование антибиотиков с учетом устойчивости к ним микроорганизмов, которые являются основными возбудителями внутрибольничных инфекций.

**Глоссарий**

**1.Абсцесс** (лат. abscessus - нарыв) – это гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем и ограниченной от окружающих тканей пиогенной мембраной.

**2.** **Бактериурия** - это наличие микроорганизмов (бактерий) в моче, которые выявляются при микроскопическом исследовании урины, по поводу воспалительного заболевания мочевыводящих путей.

**3.** **Внутрибольничная инфекция** (больничная, госпитальная, внутригоспитальная, нозокомиальная инфекции) - это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его госпитализации в больницу или обращения за лечебной помощью, а так же инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении , не зависимо от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице.

**4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** — [специальное учреждение Организации Объединённых Наций](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D1%83%D1%87%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%9E%D0%9E%D0%9D), состоящее из 194 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем [здравоохранения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [населения Земли](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%97%D0%B5%D0%BC%D0%BB%D0%B8).

**5. Конъюнктивит** — это полиэтиологическое воспалительное поражение конъюнктивы – слизистой оболочки, покрывающей внутреннюю поверхность век и склеру.

**6. Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ)** - это специализированные медицинские учреждения, в которых людям с теми или иными заболеваниями оказывается полный спектр медицинских услуг: диагностика, лечение , реабилитация после перенесённых болезней

**7. Олигурия** - уменьшение количества выделенной мочи по сравнению с нормой (до 1,5 литра в сутки)

**8. О**[**стеомиелит**](http://bezboleznej.ru/opistorhoz) – инфекционное воспалительное заболевание, при котором страдает не только кость и костный мозг, но и весь организм в целом.

**9. Отит** — это ЛОР-заболевание, представляющее собой воспалительный процесс в ухе. Проявляется болью в ухе (пульсирующей, стреляющей, ноющей), повышенной температурой тела, нарушением слуха, шумом в ушах, слизисто-гнойными выделениями из наружного слухового прохода.

**10. Полиморфизм** (греч, polymorphos многообразный) — термин, обозначающий проявление индивидуальной, прерывистой изменчивости живых организмов.

**11. Рожа**(рожистое воспаление) представляет собой инфекционное заболевание, вызываемое стрептококком группы А, преимущественно поражающее кожные покровы и слизистые оболочки, характеризующееся возникновением ограниченного серозного или серозно-геморрагического воспаления, сопровождающегося лихорадкой и общей интоксикацией.

**12. Сестринский процесс***–*это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

**13 Синусит** – это инфекционно-воспалительный процесс, затрагивающий слизистую оболочку околоносовых пазух. Часто во время заболевания поражается верхнечелюстная пазуха, однако встречаются случаи, когда процесс переходит на решетчатую, лобную или клиновидную зоны.

**14. Сосудистый коллапс** - это разновидность острой сердечной недостаточности, при котором происходит резкое снижение сосудистого тонуса, которое в свою очередь вызывает резкое снижение артериального и венозного давления и потерю сознания

**15. Эндометрит** – это воспаление слизистой оболочки матки.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. В.Г. Акимкин. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2015. - 56с.

2. И.Л. Богданов Внутрибольничные инфекции и их профилактика – Киев: Киев,2014.-210с.  
3. Контроль внутрибольничных инфекций: приложение к журналу «Медицинская сестра»/Под ред. Н.И. Брико. -М.: Русский врач, 2017. - 96 с.

4. Внутрибольничная инфекция. Учебно-методическое пособие./ под ред. М.Ю.Бурцева-Иркутск,2013.-290с.  
5. Л.В. Громашевский Общая эпидемиология - М.: Медицина, 2016. - 290 с.  
6. А.Р. Рейзис. Госпитальные инфекции в современной медицине – СПб: 2015.141с.  
7. Т.В. Рыжонина. Профилактика внутрибольничной инфекции // Медицинская сестра. - 2016. - № 7. - 142 с.

8. Н.А. Семина. Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней.–М.:Медицина,2014.-136.  
9. Д. Шерертц, Э. Хэмптон, Л. Ристуцина Внутрибольничная инфекция /под ред. Р.П. Венцела. – М.: Медицина, 2017. - 169 с.

10. Лекционный материал для студентов. (электронный ресурс) Режим доступа: http//twirpx.com

11. https://studfiles.net/preview/2792870/

1. И.Л. Богданов Внутрибольничные инфекции и их профилактика – Киев: Киев, 2014. - 210 с. [↑](#footnote-ref-0)
2. Внутрибольничная инфекция. Учебно-методическое пособие./ под ред. М.Ю.Бурцева - Иркутск, 2013. - 290 с. [↑](#footnote-ref-1)
3. 3 А.Р. Рейзис. Госпитальные инфекции в современной медицине – СПб: 2015. 141 с.  
    [↑](#footnote-ref-2)
4. В.Г. Акимкин. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2015. - 56с. [↑](#footnote-ref-3)
5. А.Р. Рейзис. Госпитальные инфекции в современной медицине – СПб: 2015. 141 с. [↑](#footnote-ref-4)
6. Л.В. Громашевский Общая эпидемиология - М.: Медицина, 2016. - 290 с. [↑](#footnote-ref-5)
7. Т.В. Рыжонина. Профилактика внутрибольничной инфекции // Медицинская сестра. - 2016. - № 7. - 142 с. [↑](#footnote-ref-6)
8. Контроль внутрибольничных инфекций: приложение к журналу «Медицинская сестра»/Под ред. Н.И. Брико. -М.: Русский врач, 2017. - 96 с. [↑](#footnote-ref-7)