

Реферат

Тақырыбы: Ауруханаішілік жұқпаның
алдын алу қауіпсіздігі және бақылау
шаралары

Орындаған: Сағындықов.С.А
Тексеруші: Жақсылықова.А.Б

Аурухана ішілік инфекциялар (АИИ) – бұл, ауруларды стационарда және емханада емдеу және диагностикалық процедуралар мен алдын алу шараларын жүргізу кезінде, ауру адамдар мен медицина қызметкері ауруды емдеу мекемелерінде жұқтырып алуы нәтижесінде дамиды және көрінісі, ол адамдардың ауруханада болуы уақытында немесе кейінірек білінетіндігіне байланысты емес ауру. Бүкіл дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының (БДДҰ) эксперттер комитеті келесі анықтама береді: «Аурухана ішілік инфекция – бұл, ауру адамды емдеу мақсатында ауруханаға жатқызумен немесе олардың емдеу мекемелеріне келіп-кетуімен және медицина қызметкері өз жұмысын орындауымен байланысты, оларды зақымдайтын және мұндай адамдардың ауруханада болуы уақытында біліне ме, әлде білінбейді ме, оған байланысты емес кез келген, клиникалық көрінісі айқын, микроб текті ауру».

АИИ барлық елдерде тіркіледі. Соңғы жылдарда, оның деңгейінің жоғарылағаны соншалықты, антибиотиктер сияқты, күшті антисептикалық заттар әлі синтезделмеген және АИИ-мен күресу, негізінен асептикалық әдістермен жүргізілген жылдардағы деңгейіне жақындады. БДДҰ мәліметтері бойынша, емдеу-алдын алу мекемелеріне медициналық көмек алуға келген науқастарың 6-7% АИИ ауырады. Операциядан кейінгі жараның инфекциялары, жергілікті іріңді-септикалық инфекциялар, сепсис, жедел ішек инфекциялары, гепатит В және С, жыныстық қатынас жолымен берілетін аурулар, қызылша, ЖИТС (СПИД) –осының бәрі, аурухана ішілік ортада берілетін аурулардың толық емес тізімі.

АИИ өсуі мен таралуының себептері өте көп түрлі. Олардың бірі, ауру жұғу қаупі жоғарылау адамдар контингенті деп аталатын, ағзасының қарсылық күші төмендеген адамдар санының көбеюі. Бұлар, дамуында кемістіктері бар, жаңа туған және шала туған балалар, тұншығу жағдайында туылған, босану кезінде жарақаттанған балалар, қарт адамдар, компенсация және субкомпенсация сатысында созылмалы аурулары бар науқастар, иммундық тапшылық тудыратын вирус (ВИЧ) жұққан адамдар, гепатит В және С-мен ауратындар, әскери әрекеттер, апаттар нәтижесінде зардап шеккендер және т.б. Мұндай адамдар жақсы күтімнің, күрделі хирургиялық операциялар жасаудың, белсенді емдеудің арқасында тірі қалады, бірақ, олардың ағзасы инфекция агенттерімен жақсы күресе алмайды. Ағзаның қарсы тұру мүмкіншілігі төмендегендерге иммунодепрессанттар, цитостатиктер қабылдайтын, сәулемен емдеу алатын науқастар, сондай-ақ, химиялық және физикалық қарқынды ластанған аудандарда тұратын адамдар да жатады.

Келесі және аса маңызды себебі болып табылатыны - көпшілік антибиотиктердің және дезинфекциялық заттардың әсеріне төзімді, вируленттілігі және патогенділігі жоғарылаған, қоршаған ортада тұрақты, *микроағзалардың жеңіл жойылмайтын ассоциациясының* аурухана

ішінде *қалыптасуы мен таралуы*. Мұндай селекция, қолдануы жеткіліксіз негізделген немесе жеткіліксіз дозада және аз уақыт антибиотиктерді, әсіресе, әсер ету спектрі кең антибиотиктерді кеңінен қолданудың, дезинфекциялайтын химиялық заттардың концентрациясын, қолдану режимін, сақтау жағдайы мен мерзімін сақтамаудың, бактерицидтік шам сәулесімен зарарсыздандырудың дозасы мен уақытын сақтамаудың нәтижесі болып табылады. Егер антибиотиктік кезеңнің басында көп ауруларды, оның ішінде АИИ-ды да, емдеуге антибиотиктерді қолдану орасан зор төңкеріс жасаса, қазіргі кезде микробтардың антибиотиктерге төзімді штаммдарының пайда болуына, жаңа антибиотиктерді синтездеп үлгермейді.

Сондай-ақ, практикаға инвазивті күрделі емдеу және диагностикалық әдістерді: бронхоскопияны, гастрофиброскопияны, цистоскопияны, колоноскопияны, амниоцентезді, гемодиализді, тамырларға түтік сүңгі (катетер) салу, жасанды қан айналымын және басқаларды енгізу де, АИИ өсуіне себеп болды. Бұл әдістердің көпшілігі, медицина практикасында жиі қолданылады. Бірақ, бұл әдістерде қолданылатын аспаптарды зарарсыздандыру үшін басқа әдістер қажет, мысалы, хирургиялық саймандарды зарарсыздандыру әдістеріндей емес, себебі, бұл аспаптардың құрамына өте байқап ұстауды қажет ететін, құрам бөліктер кіреді. Мұндай аспаптарды деконтаминациялау жөнінде анық айтылған нұсқаулар әзірше жоқ.

Соңғы жылдарға тән, дәрілік препараттарды парентералдық жолмен енгізу, қан және оның құрам бөліктерін құю, қуыстарға пункция жасау, сүңгімен тексеру сияқты, медициналық әрекеттер де, ауру адамдарға да, медицина қызметкеріне де, аурухана ішілік инфекция жұғуы себептерінің бірі болып табылады.

Медицина қызметкерінің аурухана ішіндегі тәртіпті және жеке басының гигиенасын сақтамауы сыңайлы АИИ дамуының себебін де, ерекше айтып көрсеткен жөн. Гигиеналық талаптарға бұлай қараудың салдары ретінде, кең таралған, тексерілмеген қанды құюдан және бір рет пайдаланатын шприцті қайта пайдаланудан 2007 жылы Республиканың Оңтүстік Қазақстан облысында 120-дан астам балаларға ЖИТС жұққан және өлімге әкеп соққан, қайғылы оқиға мысал бола алады.

АИИ көздері, жиі жұқпалы аурулардың жедел, жасырын немесе созылмалы түрлерімен ауыратын немесе денесінің әр түрлі жерінде іріңді жаралары, іріңді-қабыну үрдістері бар аурулар, медицина қызметкері, ас блогының қызметкері, ауруға келіп-кететіндер, сондай-ақ, студенттер, интернатурадағы дәрігерлер және басқа да емдеу-алдын алу мекемелерінде болатын адамдар. Дені сау және аурудан жаңадан сауыққан бактерия тасымалдаушы адамдар да, қоздырғыштардың көзі болып табылады. *Ең қауіптілері - медицина қызметкері және ауруханада ұзақ уақыт жатқан аурулар*, себебі, олар микробтардың тұрақты госпиталдық штаммдарын тасымалдаушыларға айналады. Медицина қызметкерлерінің ішінде, бәрінен де жиі АИИ көздері, аурулармен ұзақ уақыт байланыста болатын, медбикелер мен санитаркалар. Медицина қызметкерінің арасында 15%-дан 80% дейін вирулентті инфекция тасымалдаушылар болу мүмкіндігі көрсетілген.

АИИ қоздырғыштары әр түрлі жолдарымен беріледі: жанаспалы-тұрмыстық, ауа-тамшылы, алиментарлық, нәжіспен ластанған заттармен ауыз арқылы.

Соңғы жылдарда әр түрлі инвазивті медициналық әрекеттер кезінде, артификальді жолмен берілуі жиірек кездеседі.

Қоздырғыштар берілетін факторлар, өте көп түрлі нысандар болуы мүмкін. Олар, ауру адамдар мен медицина қызметкерінің қолы, шаштары, киімдері, аяқ киімдері, қоздырғыштар жұққан құрал-саймандар, медициналық аспаптар, іш киім, төсек-орын жабдықтары, ауруларға күтім көрсетуде қолданылатын заттар, құйылатын қан және қан алмастырушы заттар, парентералды жолмен енгізуге арналған ерітінділер, тігетін және таңатын материалдар, стерильді емес және концентрациясы жеткіліксіз дезинфекциялаушы заттар, түтік сүңгілер, науқастардың биосубстраттары (қан, нәжіс, зәр, қақырық, шырышты қабықшалардың бөлінділері), тағам, су, т.б.

АИ қоздырғыштары- патогенді және шартты-патогенді микроағзалар. АИ ең жиі тудыратын патогенді микрофлораға гепатит В, С, ЖИТС, грипп, аденовирус инфекциялары, полиомиелит қоздыратын вирустар, Коксаки, ЕСНО вирустары және басқа да, бұрыннан белгілі, бактериялық инфекция қоздырғыштары жатады. Бірақ, АИ дамуында *негізгі рольді* шартты-патогенді микроағзалар атқарады. Оларға жататындар стафилококктар (*St. aureus, St. epidermidis, St. saprophyticus*), стрептококктар (*Str. pyogenes, Str. viridans, Str. pneumoniae*), протей (*Pr. vulgaris, Pr. mirabilis*), эшерихалар (*E. coli*), сальмонеллалар, *Pseudomonas*, клембиеллалар, бактериоидтер, энтерококктар, клостридийлер, көк-іріңді таяқша, *Candida, Aspergillus* текті саңырауқұлақтар, пневмоцисталар, т.б.

АИ этиологиялық құрылымында үнемі белгілі бір өзгерістер болып тұратынын айта кету керек. Мысалы, 20 ғасырдың 30-40 жылдарында стрептококк инфекциялары, газды гангрена, сіреспе, көкжөтел, қызылша, дифтерия, желшешек жиі кездесетін. 50-60– жылдарда басым -стафилококк инфекциялары болды, оларды ең жиі қоздыратын *St. aureus*. болды. 20 ғасырдың екінші жартысы грамм теріс микроағзалар: протей, эшерихалар, көк-іріңді таяқша, және аурухана ортасында бұрын сирек кездесетін, легионеллалар, иерсинийлер сияқты, микроағзалар тудыратын АИ-дің жиілігі едәуір өсуімен сипатталды.

Аурухана ішілік инфекцияның клиникалық көріністері әр түрлі. Бұл, бұрыннан белгілі жұқпалы аурулар – қызамық, қызылша, вирустық гепатит, сальмонеллездер, тілме, желшешек және басқалар болуы мүмкін. АИ басқа топтарына жалпы (сепсис) және жергілікті сипаттағы іріңді-септикалық (іріңді ісік, флегмона, отит, желін сау, қуықтың қабынуы, уретрит, пиелонефрит, пиодермия т.б.) аурулар жатады. АИ құрылымында іріңді-септикалық инфекциялар бірінші орын алады, екінші орында - балалардың жедел ішек инфекциялары, үшінші орында - парентералды инфекциялар.

Аурухана ішілік инфекциялар, аурухана ортасының өте қауіпті туындысы болып табылады. АИ хирургиялық науқастардың операциядан кейінгі кезеңінің ағымын, жүктілік кезеңінің, босануының және босанғаннан кейінгі кезеңінің өтуін асқындырады, жаңа туған балалардың және басқа жас топтарындағы аурулардың өлім-жітімі көбеюінің себебі болады. Жүрекке, бүйрекке, өкпеге және басқаларға өте жақсы жасалған операциялардың өзінде инфекцияның қосылуы, негізгі ауруының ағымын шұғыл асқындырады, өміріне қауіп тудырады. Вирустық гепатит В,С және Е, ЖИТС сияқты инфекцияларды жұқтыру өмірін қысқартады, ең ақырында өлімге әкеп

соғады. АИИ қосылуының барлық жағдайларында да, аурулардың стационарда болу уақыты немесе амбулаторияда емдеу мерзімі едәуір ұзарады, мұндай ауруларды емдеуге кететін шығын және олардың өздерінің материалдық шығындары да көбейеді.

АИИ алдын алу, инфекция көзін анықтауға, аурухана ішілік ортаның ластануының алдын алу, әр түрлі жолдармен қоздырғыштардың берілуінің алдын алуға, қоздырғыштарды жоюға және ауру адам ағзасының резистенттілігін арттыруға бағытталған шаралар кешені болып саналады

АИИ алдын алудағы әр түрлі шаралардың ролін жұқпалы аурулар бөлімінің мысалында талдаймыз. АИИ алдын

алу мәселелерінің негізгілерінің бірі- сәулеттік-жоспарлау шаралары болып табылады, себебі, АИИ-ң алдын алуды тиімді жүргізудегі оның мүмкіншілігі, көбінде жер телімінің таңдалуының, аурухананың елді мекенде орналасқан жерінің, олардың аумағын зоналарға бөлудің, құрылыс жүйесін таңдаудың, ішкі жоспарлануының, негізгі бөлімшелерінің жабдықталуы дұрыстығымен анықталады. Жұқпалы аурулар ауруханасын дұрыс орналастыру және жоспарлау науқастардың, медицина қызметкерлерінің және келіп-кететін адамдардың аурухана ішілік инфекцияны жұқтыру қаупін, инфекцияның ауруханадан сыртқа шығуын төмендетуі керек. Мысалы, жұқпалы аурулар ауруханасын елді мекеннің шетінде орналастыру қолайлы деп есептеледі, бұл, инфекцияны халық арасында таралу мүмкіншілігін азайтады.

Жұқпалы аурулары бар науқастарды бөлімдерде оңашалауды, инфекциялары бірдей науқастарды профильді **бөлімшелерде** (топтық оңашалау) немесе бокстарда (жеке оңашалау) орналастырып, жүргізеді. Профильді бөлімдерді бір ғимаратта емес, бөлек ғимараттарда орналастыру ең жақсы нұсқасы болып табылады (орталықтандырылмаған құрылыс жүйесі). Көп қабатты ғимаратта орналастыру кезінде, инфекцияның бір түріне арналған бөлімше бөлек қабатта болуы керек және ауа-тамшылы инфекциясы бар науқастарды төменгі қабатта орналастыруға болмайды, өйткені, ауа ағынымен бірге олар жоғарғы қабатқа көтерілуі мүмкін. Егер бөлім кішірек болса, оның жоспарлануы, инфекциясы әр түрлі ауруларды жатқызуға арналған, бірнеше өз алдына жеке секцияларға бөлуге мүмкіндік беретін болуы керек. Әрбір секцияда өзінің шлюзі болуы тиіс. Бөлімде екі кіретін есігі болуы керек: біреуі науқастарға, екіншісі, қызметкерге, тамақ және заттар тасуға арналған.

Жұқпалы аурулар ауруханасындағы бөлімдері бокстардан, жартылай бокстардан, боксталған палаталардан және кәдімгі палаталардан тұрады. Бокстарды 1-қабатта немесе галерея арқылы сырттан кіретін етіп 2- қабатта орналастырады. Бокстарды 1 төсекке, ауданын 22 м², 2 төсекке - 27 м² етіп жобалайды. Оларға диагнозы анықталмаған, аралас инфекциямен, жұқпалылығы жоғары, ауа-тамшылы инфекциямен (корь, шешек т.б.) ауырған ауруларды жатқызады. Жартылай бокстардың бөлмелері толық бокстардағыдай, бірақ кіретін есігі біреу болады – палата дәлізінен шлюз арқылы кіреді, яғни, науқастар жартылай боксқа түсуі кезінде және есігін ашқанда, дәліздің ауасы микробтармен ластануы мүмкін. Сондықтан, жартылай бокстардан тұратын секцияларда жұқпалы аурулары бірдей науқастар ғана жатады. Бокстар мен жартылай бокстардан тұратын жұқпалы

аурулар бөлімінде, науқастарға арналған жалпы бөлмелер (асхана, ванналар, ойнауға арналған бөлме т.б.) болмайды.

Боксталған палаталар, негізінен, балалар бөлімдерінде қолданылады, төсектерінің арасында, биіктігі 2-2,5 м қалқа қойылады, палатаға кіреберісте шлюз орнатылады. Ішек инфекциялармен және жұқпалы гепатитпен ауруғандарды кәдімгі палаталарда орналастырады. Бөлімнің ішкі жоспарлануы (емдеу кабинеттерінің, санөткізгіштер, кіретін-шығатын есіктерінің орналасуы) «таза» (ауруханадан жазылып шыққан адамдар, медицина қызметкерлері) және «лас» (жұқпалы аурулары бар адамдарды, қабылдау, күту, микробтармен ластанған материалдар мен заттарды қабылдау, сақтау) ағымдарының бір-біріне қосылмауын қамтамасыз етуі керек. Осы ағымдардың әр қайсысына арналған, кіретін есігі, баспалдағы, лифттері болуы керек. Дәліздерінің жоспарлануының да, маңызы зор. Палаталары дәліздерінің екі жағында орналасқан, құрылысы тіпті бокстардан тұратын бөлімдердің өзінде қолданылмауы тиіс. Өйткені, дәліздің екі жағында орналасқан бөлмелер инфекциялармен аяқасып ластануы мүмкін. Осыған байланысты, жұқпалы аурулар бөлімінде бір дәлізді, палаталары бір жағында орналасқан құрылысы рационалды болып табылады. Жоспарлау шараларына палата терезелерін дұрыс бағыттау да жатады. Әрине, жұқпалы аурулар бөлімінде күн сәулесінің бактерицидтік әсері өте маңызды екеніне күман жоқ, бірақ терезелерінің максималды инсоляция түсетін жаққа қарай бағытталуы, бөлмелердің қызып кетуіне әкеп соғады, бұл дене қызуы көтерілген науқастарға қолайсыз әсер етеді, оның үстіне, микрофлоралардың көбеюіне мүмкіндік туғызады. Сондықтан, терезелері оңтүстікке, оңтүстік-шығысқа және шығысқа бағытталуы қолайлы саналады.

Санитарлық-эпидемияға қарсы шаралар инфекция көзін анықтап, оқшаулауға, аурухана ортасының ластануының алдын алуға және қоздырғыштардың таралу механизмін үзуге бағытталған. Ауруханаларда аурухана ішілік инфекцияларды тұрақты түрде инфекциялық бақылау жүргізетін жүйе ұйымдастырылады, оның міндетіне инфекция көзін анықтау және оқшаулау, инфекция пайда болған жағдайларда эпидемиологиялық тексеру, жұғуының себебін және механизмін анықтау, қоздырғышты анықтау және қажетті шараларды дайындау кіреді. Ерекше күрделісі, бактерия тасымалдаушылармен күресу мәселелерін шешу. Бактерия тасымалдаушыларды анықтау үшін, жүйелі түрде медициналық тексерулер жүргізеді, қажет болған жағдайда санация жасайды. Бірақ адамдардың аурухана ортасында тұрақты түрде болуының салдарынан санациядан кейін де, қоздырғыштардың қайта жұғуы мүмкін. Бактерия тасымалдаушы науқастарда клиникалық белгілері жоқ кезде, анамнез жинау барысында пікірге келуі мүмкін, сол кезде қажетті тексерулер жүргізіледі. Анықталмаған жағдайда, мұндай адамдар жасырын инфекция көзі ретінде қала береді. Маңызды санитарлық-эпидемияға қарсы шараларға, аурухананың ішкі ортасы ластануының алдын алу және қоздырғыштың берілу механизмін үзу жатады. Бұл сұрақты шешуде бөлмелердің, жихаздардың, медициналық құрал-жабдықтардың максималды тазалығын сақтаудың үлкен маңызы бар. Жұғыш

және дезинфекциялаушы заттарды қолданып, еденін жууды, жихаздарын, терезелерін, есіктерін сүртуді қамтитын, аурухана бөлімінің барлық бөлмелерін жуып-жинау, күнделікті, тәулігіне кем дегенде 2 рет, қажет болған жағдайда одан да жиі жүргізіледі. Инфекция жұғуы ықтимал заттардың беттерін (тұтқалар, еден, төсектер, т.б.) хлорамин ертіндісімен немесе басқа дезинфекциялаушы заттардың ерітіндісімен суланған шүберекпен сүртеді. Әрбір сулы жуып-жинаудан кейін және ағымдағы пайдалану үрдісінде, операция жасайтын, жара таңатын бөлмелердің, әйелдер босанатын залдардың, реанимациялық палаталардың, жаңа туған балалар палаталарының, ем-шара бөлмелерінің, жұқпалы аурулар бокстарының ауасын 30 минут бойына ультракүлгін сәулемен зарарсыздандыру жүргізіледі. Терезелері ішінен сирек дегенде, айына 1 рет және ластануына байланысты жуылуы тиіс, сыртынан 4 – 6 айда, кем дегенде 1 рет. Асхана мен буфетті әрбір тағам қабылдаудан кейін жинап - жуады. Басқа бөлімдерден айырмашылығы, жұқпалы аурулар бөлімінде ыдыс-аяқ пен тағам қалдықтарын алдымен зарарсыздандырады, содан кейін ыстық сумен жуып, кептіреді. Әр түрлі жұқпалы аурулар кезінде қолданылатын зарарсыздандыратын заттар мен зарарсыздандыру әдістері тиісті нұсқаулармен анықталады. Аптасына, кем дегенде 1 рет, ал науқастан шыққан заттармен ластанған жағдайда, тез арада іш киім мен төсек орнын ауыстыру қажет. Акушерлік стационарларда (босану блоктарында және туған балаларға арналған асептикалық режимдегі бөлмелерде) стерильді іш киімдер мен төсек жапқыштар қолдану керек. *Жұқпалы аурулар, обсервациялық және хирургияның іріңді бөлімдеріндегі науқастардың киімдерін, төсек жапқыштарын жуу алдында, дезинфекциялайды.* Унитаздарды, писсуарларды, ванналарды, қол жуғыштарды күн сайын зарарсыздандырып отырады. Әжет ыдыстары, жылытқыштар, астыға салатын оралымдары, әрбір науқастан кейін дезинфекцияланады. Ауруханалық инфекцияның алдын алуда, жеке бас гигиенасын және асептика ережелерін сақтау өте маңызды. Ауруханаға жұмысқа алынатын адамдардың барлығы міндетті түрде медициналық тексеруден өтеді. Ас блогында жұмыс істейтін адамдар мен науқастарға тікелей қызмет көрсететін кіші медицина қызметкер, ай сайын медициналық тексерулерден өтеді, ал алты айда 1 рет бациллотасымалдаушылыққа тексеріледі. Жұқпалы аурулармен ауырған, инфекциялы жарасы бар, терісінде, жоғарғы тыныс жолдарында және басқа жерлерінде іріңді аурулары бар, жедел респираторлық аурулары бар адамдар жұмысқа жіберілмейді. Науқастарға қызмет көрсететін медициналық персонал, күн сайын және кенеттен ластанған жағдайларда ауыстырып киюге жеткілікті жұмыс киімдерімен (халаттар, телпек, косынка, шәркей, т.б.) қамтамасыз етілуі қажет. Киімдерін өзінің жеке шкафтарында сақтайды, жуу орталықтандырылған, бірақ науқастардың киімдерінен бөлек. Акушерлік және жұқпалы аурулар бөлімінде, операциялық блокта сабақ өтетін студенттер және басқа бөлімдерден келген дәрігер-консультанттар, техникалық және әкімшілік қызметкерлері де, ауыстырып киетін санитарлық киіммен қамтамасыз етілуі қажет. Медицина қызметкерлері жұмысқа келгенде, сыртқы киімін шешіп, қолын сабындап жуады, содан кейін өзіне арналған жұмыс киімін (халаттар, телпек, орамал, аузына және мұрнына дәкеден жасалған таңғыштарын, шәркейлер, т.б.) киеді. Жұқпалы аурулар бөлімінің және басқа кейбір бөлімдердің қызметкері жұмысқа келгенде және кетерінде санитарлық өткізгіштен өтеді. Операциялық және босану залдарында жұмыс істейтін қызметкер де, жұмысты бастаудың алдында міндетті түрде, санитарлық өңдеуден өтеді. Операцияға қатысатын медицина қызметкерлері

қолдарын хирургиялық өңдеуден кейін, операция жасайтын бөлмеде стерильді киім, бахилла, маска киіп, жұмыс істейді. Стерильді ауыз-мұрын таңғыштарды (маскаларды) әйелдер босанатын залдарда жұмыс істейтін медицина қызметкерлері де қолданады. Дәрігерлер, медбикелер, акушеркалар әрбір науқасты қараудың алдында немесе ем-шаралар жасау алдында және «кір» жұмыстар (бөлмелерді жуып-тазалау, науқастардың киімдерін ауыстыру, дәретханаға барғаннан соң, т.б.) орындағаннан кейін, міндетті түрде қолдарын екі рет сабындап жууы тиіс. Әр түрлі медициналық ем-шаралар (дәрі егу, қан алу, қан тамырларына сүңгі түтік (катетер) салу, трансфузия жасау, қынаптық ректалды зерттеулер, т.б.) жүргізу кезінде медицина қызметкері жұмысты стерильді қолғап киіп істеуі тиіс. Науқастарды қарағаннан немесе ем-шара жасағаннан соң, қолғабын шешпей тұрып, қолын сабындап жууы, шешкеннен кейін, қайтадан өңдеуі қажет. Жұқпалы аурулары бар науқастарға қызмет көрсеткен кезде және әр түрлі емдеу манипуляцияларын жүргізу алдында және жүргізіп болғаннан соң, қолдарын 2 минут бойына дезинфекциялаушы ертіндімен өңдейді. Жұмыстары асептиканы қатал сақтауды қажет ететін, хирургиялық, акушерлік қызметкер және басқа да медицина қызметкерлерінің қолдары бекітілген талаптарға сәйкес өңделеді. Дәрі егу кезінде шприцтен жұғуын болдырмау үшін, қолданылған инеге қақпақшасын қайтадан кигізуге, инелерді ауыстыруға тыйым салынады. Қолданылған шприцтерді, инелерді системаларды алдын ала зарарсыздандырып барып, өртеп, жояды немесе өндірістік өңдеуге жібереді. Стационарға жататын науқастар қабылдау бөлімінде, санитарлық өңдеуден өтулері қажет, сонан соң іш киімдер, пижамалар, палатада киетін аяқ киім беріледі, жеке жағдайларда таза үй киімін киюге рұқсат беріледі. Әрбір науқастың жеке бас гигиеналық заттары (тіс щеткасы, ыдыстары, қасығы, қырынатын құралдары, т.б.) болуы керек. АИИ көзі тағамдық заттар да болу мүмкіншілігіне байланысты, АИИ алдын алу жөніндегі санитарлық - эпидемияға қарсы шаралардың ішінде, аурухананың ас блоктарының құрылысына, жабдықталуына, санитарлық жағдайына, азық-түліктердің өңделуіне, дайын тағамдарды үлестіруге, жеке бас гигиенасына және асхана қызметкерлерінің денсаулық жағдайына қойылатын санитарлық-гигиеналық талаптардың сақталуын бақылау маңызды орын алады. (VIII тарау). Қатты тастандылар, эпидемиологиялық тұрғыдан өте қауіпті, осыған байланысты, әрбір ауруханада оларды жинап, сақтауға, залалсыздандыруға арналған дұрыс ойластырылған және жоспарланған жүйе болуы керек. Стационардың санитарлық жағдайын және режимін, аурухана ішілік ортасының бактериялармен ластануын, дезинфекциялау және стерильдеу тәртібінің сапасын тұрақты түрде жүргізілетін мониторинг арқылы, барлық қойылған талаптардың орындалуы бақыланады. Сонымен қатар, осы талаптардың дұрыс орындалуы, медицина қызметкері мен науқастардың гигиеналық салауаттылығына байланысты. Яғни, медицина қызметкерлері бұл салада үнемі өздерінің мамандық біліктілігін жоғарылатуы керек. Науқастар арасында санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізудің де, маңызы үлкен, себебі, олардың гигиеналық тәртіпті сақтауы да, аурухана ішілік ортаның микробтармен ластану дәрежесін төмендетеді.

Санитарлық-техникалық шаралар, атап айтқанда, бөлмелерді желдету мен кондиционерлеу, АИИ алдын алу жөніндегі шаралардың міндетті түрде жүргізілетін элементі болып табылады, себебі, солардың арқасында аурухана бөлмелеріндегі ластанған ауаның таза ауамен алмасуы, ауаның биологиялық және химиялық ластану деңгейінің төмендеуі қамтамасыз етіледі. Аурухананың әр түрлі бөлімшелерінде желдетуді ұйымдастырудың өзіндік ерекшеліктері бар, бірақ негізгі міндеті, ауаны тазарту және «лас» зоналардан «таза» зоналарға ауа массасының ағынын болдырмау. Мысалы, жұқпалы аурулар ауруханаларында ғимараттың әрбір қабатына, палаталық секцияға және басқа да жанындағы бөлмелерге ауаны өз алдына бөлек механикалық қоздырғыштары бар, енбелі желдету жүйесі арқылы беріп отырады. Бокстардан және жартылай бокстардан тұратын секцияларға енбелі ауа, оның таза зонасы ретіндегі тек дәліздеріне ғана

беріледі. Дәлізден ол, бокстар мен жартылай бокстарға енеді. Олардың әрқайсысынан ластанған ауаны шығару үшін, өз алдына жеке каналдары мен шахталары, гравитациялық қоздырғыштары және дефлекторлары бар сормалы желдету түрімен жабдықталады. Енбелі және сормалы ауа алмасу есесі бірдей - 2,5. Егер, енбелі ауа сормалы ауадан көп болса, ластанған ауа бокстардан көрші бөлмелерге ығыса бастайды. Егер, сормалы ауа көп болса, бокстарға ауа дәлізден ғана емес, сонымен қатар басқа бокстардан да, сорылып енеді. Осылайша, ластанған ауа ағымы енуінің алдын алады.

АИИ спецификалық алдын алу, белсенді және пассивті алдын алудан тұрады. Белсенді түрі- вакцинация жасау, науқастарды иммунизациялау, пассивті түрі- гамма-глобулин, стафилококк анатоксинін және басқаларды егу арқылы ағзаның иммундық күшін сақтауға бағытталған.

Хирургиялық бөлім. Қазіргі кездегі көп профильді ауруханалардағы хирургиялық төсек саны, жалпы төсек орнының 25 - 45% құрайды. Хирургиялық бөлім палата бөлімінен және операциялық блоктан тұрады.

Палаталық бөлімшенің жоспарлануы мен құрамы басқа да жоғарыда аталған бөлімдердей. Қосымша, тек қана таңу-байлау бөлмесі кіреді және бір және екі төсектік палаталар саны 20% азаяды. Бірақ, хирургиялық бөлімшелерді жобалауда және орналастыруда, бөлімшенің жұмысын жақсартуда және АИИ болдырмауда мына талаптар сақталуы қажет:

1. Операциялық блок және емдеу –диагностикалық бөлімше бір-біріне жақын және олайлы байланыста болуын;
2. Операциядан кейінгі «таза» және «іріңді» сырқаты бар науқастардың қарым-қатынасы болмауын;
3. Науқастардың операциядан кейінгі болу жағдайларын дұрыс ұйымдастыру;
4. Жеткілікті түрде таңу-байлау бөлмелері мен процедуралық кабинеттер болуын.

Барлық хирургиялық бөлімдер таза және іріңді болып екіге бөлінеді. Іріңді бөлімдердің іріңді-септикалық(іріңді ісік, бітеу жара, іріңді плеврит т.б.) үдерістері бар науқастарды емдейді. Инфекция таралуының алдын алу мақсатында, мұндай бөлімдерді бөлек ғимараттарда, сырт жақта немесе жоғарғы қабаттарда орналастырады. Іріңді науқастарға операцияны бөлек блоктарда жасайды. Таза бөлімдер төменгі қабатта орналасады.

Операциялық блок аурухананың негізгі құрылымдық бөлімі және хирургиялық бөлімнің құрамдас бөлігі болып табылады. Ол операциялық залдар мен қосымша бөлмелерден тұрады. Хирургиялық стационарлардың мамандандырылуына байланысты (жалпысалалық, травматологиялық, кардиохирургиялық және т.б.). операциялық блоктың құрамына қосымша бөлмелер кіреді

Операциялық блокты хирургиялық бөлімінің тұйықтау жерінде, бүйір жағында немесе бөлек қабатта орналастырады. Бірнеше хирургиялық бөлімдердің операциялық блоктары бір кешенге біріктірілсе, онда оны орналастыру үшін ғимараттың бөлек бір шеті, түгелдей бір қабаты (әдетте, жоғарғы қабаты) немесе стационармен тікелей, әлде жабық өтетін жер арқылы байланысатын, арнайы жалғастыра салынған құрылыс беріледі. Мұндай жағдайда, стационардан толық оқшаулануы қамтамасыз етіледі.

