


Министерство Образования и науки РС(Я)

ГБОУ «Якутский медицинский колледж»

Допущен к защите

Зам. директора по УР

 Иванова М.Н.



БАЛЬЖИЕВ АЮШИ АЛЕКСАНДРОВИЧ

**«РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО БРАТА В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ  
ПУНКТЕ НА ПРИМЕРЕ ГАУ РС (Я) МЦ Г. ЯКУТСК. ТРАВМПУНКТ**

Выпускная квалификационная работа

по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Выполнил

Студент группы СД – 31

Руководитель:

Бальжиев А.А

Полятинская Г.И.

Якутск 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4 стр.
ГЛАВА I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА Г. ЯКУТСК	
1.1 История амбулаторной травматологической помощи РФ и РС (Я).....	7 стр.
1.2 Работа травматологических кабинетов и отделений поликлиники....	10 стр.
1.3 Организация травматологического пункта г. Якутска.....	17 стр.
ГЛАВА II АНАЛИЗ РАБОТЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА ГАУ РС (Я) «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР Г. ЯКУТСКА»	
2.1 Работа медицинского брата в травматологическом отделении.....	22 стр.
2.2 Анализ работы травматологического пункта ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска» за 3 года.....	31 стр.
ВЫВОДЫ.....	39 стр.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	41 стр.
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	42 стр.

## ВВЕДЕНИЕ

Травматизм и заболеваемость костно-мышечной системы являются важной социально-гигиенической проблемой в связи с высокими показателями их распространенности и тяжестью медико-социальных последствий. Около 98% больных с повреждениями опорно-двигательной системы начинают и заканчивают лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. От организации специализированной помощи на первом и главном этапе, ее качества и высокой культуры зависит восстановление здоровья и трудоспособности населения. Амбулаторная помощь относится к разряду квалифицированной или же специализированной. Оказывают ее в травматологических пунктах, травматологических кабинетах поликлиник и в приемных отделениях стационаров. Поэтому организация амбулаторной травматологической помощи имеет приоритетное значение для сокращения сроков лечения и восстановления трудоспособности пострадавших с травмами опорно-двигательной системы.

Весь лечебный процесс любого заболевания состоит из врачебного и сестринского. Болезни и травмы опорно-двигательного аппарата не являются исключением. Травмы опорно-двигательного аппарата приносят психоэмоциональные и физические страдания, ограничивают физическую активность и способность к передвижению, ухудшают качество жизни, нередко приводят к инвалидизации больных. Поэтому, роль хода среднего медицинского персонала в достижении хорошего результата имеет свои особенности, которые отличаются от общетерапевтической патологии.

В настоящее время травматизм в республике имеет тенденцию к росту, так же и в РФ. Ежегодно 18% жителей России получают травмы, при этом каждый седьмой из них с повреждением костей. Дорожно-транспортные происшествия являются одной из самых значимых в смерти и инвалидизации населения РФ и РС (Я), затем производственные и бытовые травмы.

Динамика травматизма в регионах с малой плотностью населения (Дальневосточный федеральный округ, в том числе Республика Саха (Якутия), характеризующихся обширной территорией, недостаточно развитой инфраструктурой, низкой плотностью населения, суровым климатом, лишь подчеркивает общую негативную тенденцию, по многим позициям превышая общероссийские показатели.

Уровень травматизма зависит от многих факторов, так же как и причины, последствия травм и обеспеченности населения медицинской помощью — ортопедической помощью. В Республике Саха (Якутия), как и по всей России, специализированная амбулаторная травматологическая и ортопедическая помощь представлена травматолого — ортопедическими отделениями.

**Актуальность** данного исследования заключается в том, что на сегодняшний день прослеживается рост уровня травматизма населения. А интенсивное развитие травматологии и ортопедии, и как любая другая хирургическая отрасль продолжает сталкиваться с осложнениями в послеоперационном периоде, где несомненную роль в выздоровлении пациентов играет сестринский уход.

**Цель** дипломной работы особенности ухода за больными с травмами опорно-двигательного аппарата на примере ГАУ РС (Я) Медицинский центр города Якутск. Травматологический пункт.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить историю развития травматологического пункта РС (Я);
2. Проанализировать динамику травматизма взрослого населения в РС(Я);
3. Роль медицинской сестры/брата в травматологическом пункте;



**Объект** изучения – пациенты с переломом опорно-двигательного аппарата.

**Предмет** изучения – организация сестринской помощи больному с переломом опорно-двигательного аппарата.

Методы исследования – аналитический, статистический, исторический.

Структура дипломной работы представлена введением, двумя главами, заключением, выводами и списком литературы.

# ГЛАВА I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА Г. ЯКУТСК

## 1.1 История амбулаторной травматологической помощи РФ и РС (Я)

Ежегодно в Российской Федерации около 12 млн. человек получают травмы. Из общего числа пострадавших от травм огромное большинство (83-85 %) нуждаются только в амбулаторном лечении. Среди больных, госпитализированных по поводу травм, 96 % заканчивают лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), поэтому организация амбулаторной травматологической помощи имеет приоритетное значение для уменьшения сроков лечения и восстановления трудоспособности пострадавших.

Наиболее рациональной формой организации амбулаторной травматологической помощи в городах являются травматологические кабинеты, травматологические пункты (отделения поликлиник) и травматолого-ортопедические отделения, организованные на базе городских и районных поликлиник. В зависимости от численности обслуживаемого населения в городе (районе) травматологические кабинеты могут быть одно-, полутора- или двухсменными.

Травматологические пункты работают круглосуточно. Регламентирующими документами служат приказ Министерства здравоохранения РФ № 140 от 20.04.1999 г., приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ 31 марта 2010 г. N 201н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы» и документы, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития РФ: методические рекомендации № 98/62 «Совершенствование амбулаторной травматологической помощи в городах» (1999) и методические указания № 2001/48 «Технология аккредитации травматолого-ортопедической службы амбулаторных и стационарных медицинских учреждений» (2001). В



соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.03.2010 №201н неотложная медицинская помощь осуществляется в отделениях (кабинетах) неотложной травматологии и ортопедии, хирургических отделениях, кабинетах травматологии и ортопедии амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждений.

Травматолого-ортопедическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в АПУ оказывается врачами-хирургами, детскими хирургами на основе взаимодействия с врачами-травматологами-ортопедами. Круглосуточная амбулаторная травматологическая служба организуется в одной из поликлиник города (городского административного района) с числом жителей не менее 200 тыс. человек (в областных, краевых, республиканских центрах — не менее 100 тыс. человек). В городах с населением от 100 до 200 тыс. человек, не являющихся областными, краевыми и республиканскими центрами, круглосуточный травматологический пункт может быть организован по решению местных органов здравоохранения. В РФ в 2008 г. оказание первичной травматологической помощи в амбулаторных условиях осуществлялось в 2562 травматолого-ортопедических отделениях (кабинетах).

Обязательными условиями работы травматологических кабинетов и травматологических пунктов (отделений) являются безотказный прием всех пострадавших от травм, независимо от места их жительства и работы, лечение пострадавшего одним врачом от момента обращения до выздоровления, расположение в поликлинике. Размещение травматологических пунктов в городах с населением свыше 200 тыс. жителей на базе приемных отделений больниц или станций скорой помощи надо считать нецелесообразным, так как при этом невозможно обеспечить ни всего комплекса необходимого физиотерапевтического и функционального лечения, ни консультации врачей других специальностей, ни лечения пострадавшего у одного врача. Такая организация приемлема на уровне сельских районных больниц при условии последующего лечения в

травматологическом или хирургическом кабинете поликлиники. Непременным условием является круглосуточная работа травматологических отделений (пунктов). В Якутске в ночное время (с 21.00 до 9.00) обращаются 15-19 % всех первичных больных с травмами.



## 1.2 Работа травматологических кабинетов и отделений поликлиники

Травматологические пункты являются инициаторами и организаторами всей ведущейся в городе работы по борьбе с травматизмом.

Задачи медработников в борьбе с травматизмом:

- тщательный учет всех случаев производственных и непрофессиональных травм;
- анализ обстоятельств травм;
- информация всех заинтересованных учреждений (ГИБДД, милиция);
- разработка медицинских санитарно-гигиенических мероприятий по снижению травматизма;
- постоянный контакт со службой техники безопасности предприятий, участие в составлении комплексных планов мероприятий по борьбе с травматизмом, контроль их выполнения;
- обучение рабочих само- и взаимопомощи при травмах;
- представление материалов о состоянии травматизма в административные органы данной территории;
- контроль выполнения мероприятий по снижению всех видов травматизма.

Эту работу проводят медработники здравпунктов, МСЧ, поликлиник, руководит ею травматологический пункт.

Заведующий травматологическим пунктом, являясь районным травматологом, привлекает к этой работе врачей травматологических отделений больниц, промышленных врачей Госсанэпиднадзора, общественные организации (РОККи КП, домовые советы), центры и кабинеты медицинской информации с использованием всех средств массового просвещения населения — радио, печать, телевидение, лекции, беседы.

Для проведения работы по профилактике травматизма заведующий травматологическим пунктом закрепляет врачей-травматологов за

определенными предприятиями. Посещать прикрепленные предприятия целесообразно 3-4 раза в год.

На каждом предприятии должен быть журнал, в котором регистрируются все случаи травм на данном предприятии, акты об их посещении, рекомендации по устранению выявленных недостатков и их выполнение. Для посещения промышленных предприятий врачам-травматологам выделяется время в зависимости от числа прикрепленных предприятий (из расчета 31/2— 4 ч на одно посещение), которое учитывается при составлении графика работы.

При посещении предприятий врач-травматолог контролирует работу их медицинской службы по оказанию первой помощи и лечению больных с повреждениями, правильность оказания медицинской помощи, соблюдение правил асептики и антисептики, порядок стерилизации перевязочного материала и его хранения, состояние санитарных постов, укомплектованность аптек, степень подготовленности рабочих к оказанию само- и взаимопомощи при травмах, работу по профилактике столбняка.

Заведующий травматологическим пунктом обобщает полученные данные и представляет их городскому травматологу.

Заведующему травматологическим пунктом для проведения организационно-методической работы в районе выделяется в графике работы два раза в неделю по 31/2 ч. Врачи травматологи-ортопеды должны проводить санитарно-просветительную работу по профилактике различных видов травматизма и правилам оказания первой помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата в объеме не менее 4 ч рабочего времени ежемесячно на каждую должность.

Для этого используются все средства массовой пропаганды: санитарные листки, газеты, бюллетени, памятки, лекции и беседы по радио и телевидению, публикации в газетах и т. п. Необходимо широко использовать возможности центров профилактики.

Планирование штатов травматологических кабинетов и пунктов Штатные нормативы медицинского персонала отделения, кабинета травматологии и ортопедии и поликлинического отделения травматологии и ортопедии АПУ рекомендованы приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.03.2010.

Врач-травматолог-ортопед - 1 должность для ведения приема взрослых больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на 20,5 тысяч взрослого населения;

1 должность для ведения приема детей с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на 15,5 тысяч взрослого населения. Заведующий поликлиническим отделением травматологии и ортопедии — врач-травматолог-ортопед — 1 должность на 8 и более врачебных должностей.

Медицинская сестра - 1 должность на 1 должность врача, санитарка — 1 на 3 кабинета. Рентген лаборанты, методисты ЛФК, массажисты, медрегистраторы находятся в штате соответствующих подразделений поликлиники, в которой размещен травматологический кабинет (отдельно).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.03.2010 №201н регламентирована организация и утверждено положение о деятельности отделения травматологии и ортопедии «дневной стационар». В структуре отделения рекомендуется развернуть не менее двух палат, кабинет врача и процедурный кабинет.

Основными функциями дневного стационара являются: обеспечение в амбулаторных условиях квалифицированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, а также ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Показания для лечения в дневном стационаре:



- наличие медицинских показаний для врачебного наблюдения за пациентами после этапной коррекции деформаций, наложения, смены или снятия гипсовой повязки;
- установление / уточнение диагноза, требующее проведения комплексного обследования в течение длительного времени;
- наличие показаний для проведения сложных диагностических исследований, требующих определенной подготовки больного;
- наличие медицинских показаний для проведения лечебных манипуляций, выполняемых врачами в амбулаторных условиях (перевязки послеоперационных ран, внутрисуставное введение медикаментозных препаратов, пункция суставов, диагностическая биопсия);
- диагностическая артроскопия и ангиография; выполнение малоинвазивных оперативных вмешательств;
- проведение курса реабилитационного и восстановительного лечения;
- наличие медицинских показаний для динамического наблюдения за больными после выписки из стационара круглосуточного пребывания.

Штатные нормативы дневного стационара определены этим же приказом: 1 должность врача на 17 коек, врач ЛФК и врач-физиотерапевт — по 0,5 должности на отделение, заведующий отделением — 1 должность не менее, чем на 40 коек, медицинские сестры (палатная, процедурная, по массажу, по физиотерапии, инструктор по ЛФК) — по 1 должности на отделение.

Организация работы медперсонала. Для выполнения всех задач, стоящих перед врачами травматологами-ортопедами, заведующий травматологическим отделением должен составить рациональный график работы врачей. График должен, прежде всего, предусматривать возможность непрерывного лечения пострадавшего у одного врача. Необходимо также выделить время для профилактической диспансерной и санитарно-просветительной работы, для оказания помощи на дому и проведения

плановых операций. В ночное время медперсонал травматологических пунктов работает без права сна. Оснащение травматологического пункта.

Оборудование и оснащение травматологического пункта (отделения) предусмотрено табелем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.04.1999 г. № 140. Документация. В условиях медицинского страхования большое значение приобретает проблема оценки объема и качества оказываемой помощи и ее соответствия медико-экономическим стандартам. Осуществлять эту работу возможно лишь при наличии полноценной документации, в которой отражены все детали диагностики и проведенного лечения, особенно на этапе оказания экстренной помощи.

В РосНИИТО им. Р. Р. Вредена разработана стандартизованная карта первичного приема амбулаторного больного с травмой, которая максимально приближается к международным требованиям для документации подобного рода. При необходимости дальнейшего лечения (повторных посещений) карта дополняется дневником наблюдений. Использование карты позволяет уменьшить затраты времени на записи, увеличить информативность данных о пострадавших, выдержать алгоритм диагностики и лечения повреждений, расширить круг анализируемых показателей.

Травматологические кабинеты и пункты (отделения) ведут следующую учетно-отчетную документацию:

1) связанная с учетом травм и учетом работы врачей — талон уточненных диагнозов (ф. 025-2/У); журнал ежедневного учета работы врача (ф. 039);

2) связанная с лечебной работой — история болезни; карта обратившегося за антирабической помощью (ф. 043); операционный журнал (ф. 069); журнал перевязок; журнал наложения гипсовых повязок; бланки направлений на рентгенографию, на консультации к специалистам, на физиотерапию и ЛФК; журнал учета наркотических средств; талон для повторного посещения врача; журнал прививок против столбняка;



экстренные извещения (ф. 58); журнал направлений на госпитализацию (с указанием причин отказа); контрольные карты диспансерных больных (ф. 30); протоколы медицинского совета по экспертизе отдаленных результатов лечения;

3) связанная с экспертизой трудоспособности: журнал выдачи листов нетрудоспособности (ф. 36); журнал по учету продления листов нетрудоспособности (ф. 35); «одномоментных КЭК» (КЭК — клинико-экспертная комиссия); листки нетрудоспособности; журнал учета травм с временной утратой трудоспособности (случаи, дни, средняя продолжительность одного случая) отдельно по врачам, диагнозам и по травматологическому пункту (кабинету) в целом; журнал КЭК; направления на МСЭК; журнал учета лиц, направляемых на МСЭК; справки о временном переводе на другой труд по заключению КЭК; справки о нуждаемости в санаторно-курортном лечении (ф. 010);

4) связанная с профилактической работой — журнал телефонограмм о бытовых, уличных, дорожно-транспортных травмах. За последние годы в ряде травматологических пунктов некоторых городов (Кемерово, Челябинск, Йошкар-Ола и др.) внедрены компьютерные технологии ведения документации и анализа работы травматологических пунктов, а также автоматизированные системы учета травматизма и мер по его профилактике.

Работа заведующего травматологическим пунктом. Заведующий травматологическим пунктом (отделением) подчиняется главному врачу поликлиники. В его обязанности входит руководство всей деятельностью своего подразделения.

Он принимает участие в планировании и укомплектовании штатов отделения, осуществляет контроль работы врачей и ежедневно просматривает истории болезни первично обратившихся больных и закончивших лечение, проводит КЭК, присутствует на приеме у «молодых» врачей.



Он анализирует показатели работы травматологического пункта, изучает их динамику, анализирует сроки лечения пострадавших в зависимости от характера, локализации, сроков обращения, качества проведенного лечения, устанавливает причины осложнений. На основании полученных данных он организует учебу врачей и внедрение в практику новых методов лечения, обеспечивает материальную базу для работы травматологического пункта. Он контролирует работу врачей и старшей медсестры по повышению квалификации среднего медперсонала.

Как главный специалист города (района), заведующий травматологическим пунктом проводит анализ травматизма, изучает его динамику, участвует в мероприятиях администрации района по предупреждению травматизма, выносит вопросы по профилактике травм для обсуждения.

Заведующий травматологическим пунктом организует и проводит проверку работы ЛПУ района (города) по профилактике различных видов травматизма и оказанию травматологической помощи, разрабатывает рекомендации по планированию травматологической службы, организует экспертизу отдаленных результатов лечения больных с повреждениями. Заведующий травматологическим пунктом ежегодно составляет отчет о деятельности отделения (кабинета), который является руководством для работы на будущий год.

Анализ работы проводится в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными МЗ РФ «Методика анализа деятельности травматолого-ортопедических отделений (кабинетов) амбулаторно-поликлинического учреждения» (2001).

### 1.3 Организация травматологического пункта г. Якутска

Травматологический пункт был открыт усердным трудом главного внештатного травматолога МЗ ЯАССР Бакычаровым Яковом Петровичем в 1963 году при поликлинике № 1 в деревянном здании по проспекту Ленина и имел 2 комнаты и рентген-кабинет. Первым заведующим был назначен Любимов Герман Павлович, старшей медсестрой была Сивцева Елена Гаврильевна.

В 1970г. 1-ая поликлиника переехал в каменное здание по ул. Кирова 19, где травм пункту отводилась небольшая площадь: 4 кабинета и рентген-кабинет. С 1966 года была организована преемственность врачей травм пункта и травматологического отделения. Врачи периодически работают в травм пункте и в стационаре. Пациенты со сложными травмами направляются на стационарное лечение, долечиваются затем в травм пункте, получая квалифицированную помощь опытных специалистов. В этом здании травм пункт находился 26 лет, вплоть до 1996г.

С 1997 г. травм пункт переехал в новое здание Станции Скорой Медицинской Помощи, заняв первый этаж. С 2001 года был передан в ведение РБ №2 ЦЭМП до 2008 года.

С июня 2003 года с целью улучшения оказания амбулаторной травматологической помощи детям, прием больных детей был переведен в Педиатрический центр РБ № 1 – Национального центра медицины. В 2002 году на базе антирабического кабинета образован Республиканский антирабический центр.

Во исполнение распоряжения Правительства РС(Я) от 9 июня 2008 года « О безвозмездной передаче структурного подразделения «Травматологический пункт государственного учреждения «Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи» в муниципальную собственность муниципальному образованию « Городской округ « Город Якутск» травматологический пункт был передан в структуру МУ « Якутская городская больница №5» с 9 июля 2008 года.



На 2008 год травматологический пункт является структурным подразделением ГБУ РС (Я) ЯГБ №5 и располагается на первом этаже здания « Станции скорой медицинской помощи» по ул. Петра – Алексеева 64/1, общая площадь составляет 605,4 кв.м. Здание пятиэтажное, каменное, не приспособленное под медицинское учреждение.

С 2008 года заведующим работает Копырина Екатерина Николаевна, старшей медицинской сестрой Михайлова Ольга Егоровна. Коллектив травмпункта состоит из 35 человек, из них 10 врачей, 15 медсестер, 5 санитарок, 5 рентген лаборантов.

Травматологический пункт оказывает экстренную травматологическую, антирабическую и плановую ортопедическую помощь взрослому населению г. Якутска, Республики Саха (Якутия), гражданам ближнего и дальнего зарубежья. Осуществляет долечивание пациентов с травмами конечностей, позвоночника до полной реабилитации.

Антирабический кабинет входит в состав травмпункта. Кабинет осуществляет координационную, организационно – методическую и практическую помощь лечебно – профилактическим учреждениям РС(Я) в деятельности по оказанию медицинской помощи лицам, подвергнувшимся риску заражения вирусом бешенства и организации профилактических мероприятий. Осуществляет прием и оказание медицинской помощи пострадавшим от укусов, оцарапывания, ослюнения животными и патронаж вакцинируемых по г. Якутску.

В травматологическом пункте в связи с компьютеризацией регистратуры создан и постоянно пополняется банк данных травматологических больных. Регулярно составляется реестр ОМС, ведется работа со страховыми компаниями. В целях реализации концепции совершенствования здравоохранения РС (Я) проводится работа по укреплению связей с центром реабилитации инвалидов, диспансером лечебной физкультуры и спортивной медицины путем направления



травматологических больных на реабилитацию (ЛФК, массаж, физиолечение).

Постоянно оказывается консультация и методическая помощь по оказанию экстренной травматологической и антирабической помощи ЛПУ республики и улусам. Проводится анализ состояния травматизма по материалам отчетов за 2 года по г. Якутску и разработка рекомендаций по его профилактике. Совместно с ГИБДД г. Якутска проводится комплексная работа по профилактике ДТП и оказанию доврачебной помощи при ДТП. Обеспечивается преемственность оказания травматологической помощи с травматологическим, ортопедическим, приемными отделениями РБ №2 – ЦЭМП, РБ №1 – НЦМ ПЦ, ССМП г. Якутска и амбулаторной хирургической службой ЛПУ. Проводятся тематические семинары.

Среди населения в СМИ (газеты, телевидение, радио) проведены информационные выступления по профилактике бытового и уличного травматизма, укусов животных и клещей. С 2010 года ежегодно проводится курс лекций по линии МЗ РС (Я) хирургам из улусов на тему «Бешенство – вирусная природно – антропургическая инфекционная болезнь. Особенности эпидемиологического процесса бешенства и оказание антирабической помощи в РС (Я)».

На базе травмпункта идет подготовка врачей интернов – хирургов, травматологов – ортопедов, семейных врачей, клинических ординаторов по курсу «амбулаторная травматология». Разработано методическое пособие по оказанию помощи при укусах животных для предупреждения заболевания бешенством.

С 2008 года в практику травматологического пункта внедрены лечебные блокады коленных суставов с введением хондропротекторов, в частности препарата «Ферматрон» при лечении деформирующих артрозов, иммобилизации из полиуретанового материала «Cellacast Extra».

В 2009 году приобретен и установлен рентгеновский диагностический аппарат на 2 рабочих мест КРД «Максима» и рентгенодиагностическая

передвижная хирургическая установка РТС – 612. в связи с приобретением ЭОП внедрены и широко применяются малоинвазивные операции – интрамедуллярный остеосинтез мелких трубчатых костей под рентген – контролем.

В 2010 году совместно с ОА ГО «Якутск» и Комитетом здравоохранения проведено строение пандуса.

С 1 января 2016 года переименовались в ГАУ Медицинский центр г. Якутск. На основании приказа МЗ РС (Я) № 2174 от 5 октября 2016 года с 1 ноября 2016 года пациенты до 18 лет с травмами обращаться с 8:00 – 15:00 (Детский травмпункт) Поликлиника №1 ул. Кирова 19, с 15:00 – 8:00 приемное отделение РБ №1 НЦМ Педиатрический центр ул. Сергеляхское шоссе 4.

На данный момент коллектив травматологического пункта состоит из 36 человек, из них: 1 заведующий, 10 врачей, 16 медицинских сестер, 1 медрегистратор, 1 завхоз, 5 санитарок, 1 гардеробщик, 1 рабочий. Врачами работают: Афанасьева У.С., Перфильев И.С., Жирохов Р.Н., Сыроватский И.С., Павлова М.В., Федоров А.П., Федоров Е.С., Белов А.Л., Слободчиков В.В., Семенов И.П.

К 2020 в Республике Саха (Якутия) планируется за счет реализации мероприятий, направленных на медицинские факторы, снизить смертность пострадавших в дорожно – транспортных происшествиях до 9,3 на 100 тыс. населения при условии одновременного эффективного влияния на немедицинские факторы со стороны всех заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и исполнительных органов государственной власти республики (Министерство транспорта и дорожного хозяйства Республики Саха (Якутия), Министерство образования Республики Саха (Якутия), Министерство внутренних дел по Республике Саха (Якутия), Министерство связи и информационных технологий Республики Саха (Якутия)). Показатель летальности от дорожно – транспортных



происшествий в травматологических центрах должен снизиться с 7,8% до 5,1%.

Таким образом, на территории республики Саха (Якутия), в сравнении с аналогичным периодом 2014 года, благодаря комплексному подходу к проблеме смертности от транспортных травм отмечается снижение количества дорожно – транспортных происшествий на 6,3%, числа погибших на 22% и раненых на 4,5%. Благодаря слаженной работе медицинских работников, показатель смертности от дорожно – транспортных происшествий снизился по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 26% и за 10 месяцев 2015 года составил 8,5 промилле (по РФ – 11,9, ДВФО – 12,4). Также, снижение смертности от травматизма вносит работа санитарной авиации. Учитывая, большую протяженность федеральных и региональных трасс в республике, низкое качество дорог, Республиканским центром медицины катастроф ежегодно обслуживается порядка 1500 вызовов, в числе которых на первом месте стоят травмы (более 500), требующие экстренной медицинской помощи.



## ГЛАВА II. АНАЛИЗ РАБОТЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА ГАУ РС (Я) «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР Г. ЯКУТСКА»

### 2.1 Роль медицинской сестры/брата в травматологическом пункте

Перевязочный кабинет предназначен для выполнения перевязок, малых операций и эндоскопических исследований, пункций, новокаиновых блокад и др. Соответственно, и режим в перевязочной должен быть таким же, как и в операционной.

Перевязочный кабинет должен быть подключен к системам централизованного холодного и горячего водоснабжения, канализации, центрального отопления. Поскольку к помещению перевязочной предъявляются особые санитарно-гигиенические требования, а руки медперсонала требуют повышенной чистоты, в них оборудуются умывальники с обязательной подводкой холодной и горячей воды, смесители с локтевым (бесконтактным, педальным или другим не кистевым) управлением и дозаторы с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков. Для обработки медицинского инструментария оборудуется дополнительная или 2-х секционная раковина.

На каждую перевязку медицинский брат накрывает стерильный стол, где размещает индивидуальный стерильный набор инструментов, которые берутся стерильным пинцетом или корнцангом. Кушетку перед каждым пациентом дезинфицируют методом протирания и накрывают чистой простыней или пленкой.

Медицинский брат работает в халате (предпочтительно одноразовом), фартуке (при необходимости), чистых нестерильных перчатках, шапочке и маске. После перевязки весь отработанный материал и спецодежда сбрасывается в специальную емкость, предназначенную для сбора отходов класса "Б" для дальнейшей дезинфекции и утилизации.

В случае использования инструментов не одноразового применения производится их дезинфекция методом погружения в дезраствор с

последующей ПСО (предстерилизационной очисткой) и стерилизацией физическим или химическим способом.

В перевязочном кабинете, как и в операционной, существует несколько видов уборки:

- предварительная (протираание всех горизонтальных поверхностей в начале рабочего дня дезинфектантом, подготовка стерильного стола);
- текущая (удаление отработанного перевязочного материала, инструментов, белья, протираание столов, пола дезинфицирующими растворами, подготовка инструментов и стерильного столика для следующей перевязки);
- окончательная (после всех манипуляций в конце рабочего дня мытье полов и горизонтальных поверхностей, включение бактерицидных ламп);
- генеральная уборка проводится 1 раз в неделю (обработка всех поверхностей: пол, стены, потолок, лампы, аппараты) с применением дезсредств с широким спектром антимикробного действия, в т.ч. антибактериального, противовирусного и фунгицидного.

Во время уборки медбрат должен надеть специально выделенный халат, перчатки, маску и шапочку, использовать промаркированный инвентарь, емкость и салфетки. После проведения уборки перевязочной медицинский персонал моет руки с мылом и проводит гигиеническую обработку спецодежды и используемых предметов и принадлежностей.

Для дезинфекции воздушной среды используют настенные или потолочные, а также передвижные бактерицидные облучатели из расчета 1 бактерицидная лампа на 30 м<sup>2</sup> при двухчасовом режиме кварцевания. Уровень обсемененности воздуха снижается благодаря проветриванию и организации естественной приточно-вытяжной вентиляции (через открытые окна и форточки). Дополнительной степенью очистки обладают кондиционеры с бактериальными фильтрами, при условии их доступности для дезинфекции.



В должностные обязанности медбрата перевязочного кабинета входят:

1. Мероприятия по своевременному и качественному выполнению лечебно-диагностических процедур:

- выполнение манипуляций, назначенных пациенту лечащим врачом из числа разрешенных к выполнению средним медицинским персоналом.

2. Соблюдение правил учета, хранения, применения лекарственных препаратов, а также обеспечение систематического пополнения, учета, хранения и расходования медикаментов, перевязочного материала, инструментария и белья.

3. Своевременное и правильное ведение медицинской документации

4. Соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима в перевязочном кабинете, что позволяет предупредить распространение инфекций воздушно-капельным и контактным путем:

- подготовка к стерилизации медицинского инструментария, шприцов, капельниц. В настоящее время в асептике используются физические и химические методы стерилизации медицинских изделий. К первой группе относится стерилизация в автоклавах (воздействие паром под давлением), сухожаровых шкафах (горячим воздухом), стерилизация с помощью ультрафиолетовых,  $\gamma$ -лучей или ультразвука. Химическая стерилизация предполагает использование формалина в газообразном состоянии (в условиях герметичной камеры) и растворов химпрепаратов (перекись водорода, этиловый спирт, хлоргексидин, дезоксон и др.).
- обеспечение должного санитарно-гигиенического состояния помещения перевязочной. Это осуществление предварительной, текущей, окончательной и генеральной уборок, дезинфекция воздушной среды с помощью бактерицидных облучателей с обязательным контролем качества выполняемых мероприятий. Для этого ведется обязательный журнал учета проведения текущих и



генеральных уборок, работы бакоблучателей с учетом выработки их ресурса;

- мероприятия по соблюдению правил асептики и антисептики, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции;
- организация сбора и утилизации медицинских отходов.

5. Инструктирует младший медицинский персонал перевязочной и контролирует его работу.

Инфекционные факторы риска работы перевязочного медбрата, способы профилактики негативного последствия.

Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений представляет собой группу профессионального риска по инфекционным заболеваниям. Так, среди медицинских работников уровень заболеваемости острыми и хроническими инфекциями семикратно превышает таковой у взрослого населения. Факторами риска инфицирования и повышенного травматизма следует рассматривать:

- усталость в результате большой оперативной активности,
- работу в ночное время,
- отсутствие обязательных перерывов на приём пищи,
- большие эмоциональные перегрузки.

Профессиональные заболевания регистрируются, чаще всего у медицинских сестер/братьев, что составляет 43,0% случаев заболеваний, а также приходится 53,3% всех зарегистрированных случаев аварийных ситуаций.

Наиболее вероятно внутрибольничное инфицирование медицинских работников вирусами гемоконтактных инфекций: гепатитов В, С, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). По данным ВОЗ, ежедневно в мире от вирусного гепатита В погибает один медицинский работник, а в России ежегодно регистрируют до 50 случаев профессиональных заболеваний вирусными гепатитами В и С. Чаще всего инфицирование медперсонала

происходит в связи с загрязнением кожи и слизистых оболочек биологическими жидкостями (кровью, сывороткой, ликвором и др.), а также при повреждении их во время выполнения медицинских манипуляций – это могут быть порезы, уколы, повреждение кожи отломками кости.

По данным ВОЗ внутрибольничные инфекции встречаются в среднем у 8,4 % пациентов. По статистическим данным в России ежегодно регистрируется от 50 до 60 тысяч случаев больничного инфицирования, что составляет 5-10% больных, находящихся в лечебных учреждениях. Однако, по расчетным данным эта цифра в 40-50 раз выше.

Согласно определению Комитета экспертов, ВОЗ к внутрибольничным инфекциям относятся любые клинически распознаваемые инфекционные заболевания, поражающие больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, а также инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, независимо от того, проявились симптомы заболевания в стационаре или вне него.

Объектом внутрибольничного инфицирования является и пациент, и медицинский работник. Причем риск инфицирования пациента напрямую зависит от компетенции и профессионализма медицинского персонала, а меры, принимаемые медбратом для собственной безопасности, в конечном итоге становятся и профилактикой ВБИ у пациентов.

Борьба с инфекцией должна включать строгое соблюдение асептики и антисептики, правил личной гигиены, использование индивидуальных средств защиты и повышение сопротивляемости организма к инфекции. Это особенно в хирургических отделениях и отделениях интенсивной терапии. Кроме того, одним из мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией следует рассматривать осуществление бактериологического контроля за состоянием окружающей среды в ЛПУ, что способствует быстрому реагированию на неблагоприятные изменения ситуации.



Условно выделяют три вида ВБИ: у пациентов, инфицировавшихся в стационарах, при получении поликлинической помощи и у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным.

В вопросах профилактики ВБИ в стационарах среднему персоналу отводится основная роль: медбрат организует, выполняет и контролирует ход выполнения соответствующих мероприятий младшим медперсоналом.

Основными направлениями санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике ВБИ относятся:

- общие требования к санитарному содержанию помещений, оборудования, инвентаря,
- личная гигиена больных и медицинского персонала,
- организация дезинфекционного дела, направленного на уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах внешней перевязочной хирургического отделения стационара, медицинском инструментарии и оборудовании
- противоэпидемические требования к предстерилизационной обработке и стерилизации изделий медицинского назначения.

Соблюдение правил противоэпидемического режима и дезинфекции — это, прежде всего предотвращение заболеваний ВБИ и сохранение здоровья медицинского персонала. Данное правило особенно важно для персонала, работающего в операционных, перевязочных, манипуляционных и лабораториях, которые имеют повышенный риск заболеваемости ВБИ за счет непосредственного контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровь, плазма, моча, гной и т.д.). Работа в этих функциональных помещениях и отделениях требует особого соблюдения режимных моментов — личной защиты и правил техники безопасности персоналом, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих и генеральных уборок.



## Работа в гипсовом кабинете

В состав нашего операционного блока входит гипсовый кабинет. Медицинский брат владеет техникой наложения всех видов гипсовых повязок, а также современного альтернативного гипсу полимерного иммобилизующего материала.

После многих операций при патологиях опорно-двигательного аппарата пациент нуждается в иммобилизации, но также мы накладываем повязки всем больным, проходящим лечение в травматологическом отделении.

Медбрат, для успешного наложения повязки должна владеть специальными навыками и знаниями. Важно соблюдать все правила асептики, знать основы анатомии и физиологии, уметь оценивать состояние конечности, как до наложения повязки, так и после.

Все гипсовые повязки можно условно разделить на 2 группы:

- полные (то есть циркулярные)
- неполные (лонгеты)

Любую мягкую повязку, описанную в асептике, можно сделать в гипсовом варианте, но важно соблюдать определенные правила при наложении: перед наложением гипсовой повязки больного, необходимо посадить или уложить в удобное положение, чтобы избежать напряжения мышц и неприятных ощущений при бинтовании. Для фиксируемой части тела или конечности используют специальные стойки, подставки, чтобы придать ей то положение, в котором она будет находиться после наложения повязки. Все костные выступы должны быть закрыты ватно-марлевыми подушечками для профилактики пролежней.

Гипсовый бинт ведут спирально, бинтуют без натяжения, раскатывая бинт по телу, не отрывая головку бинта от бинтуемой поверхности, чтобы не образовались складки. Каждый слой гипсового бинта разглаживается ладонью, моделируется по контурам тела. Этот прием делает гипсовую повязку монолитной.

Над местом перелома, на сгибах гипсовая повязка укрепляется дополнительными турами бинта и может состоять из 6 - 12 слоев бинта. Нельзя менять положение конечности во время наложения повязки, так как это приводит к образованию складок, которые, сдавливая сосуды, могут вызывать образование пролежня.

Во время бинтования конечность поддерживается всей ладонью, а не пальцами, чтобы не было вдавлений в повязке.

В процессе наложения гипса необходимо следить за выражением лица больного и его болевыми ощущениями. Пальцы верхней или нижней конечности надо всегда оставлять открытыми, чтобы по их виду судить о кровообращении. Если пальцы отекают и синеют, холодные на ощупь, значит, имеет место венозный застой. Повязку при этом надо разрезать, а может быть и заменить.

Если больной жалуется на сильные боли, а пальцы стали белые и холодные значит передавлены артерии и повязку немедленно надо разрезать вдоль, развести края и временно укрепить мягким бинтом до наложения новой повязки. Края повязки подрезают, подвертывают наружу, образовавшийся валик заглаживают гипсовой кашицей. После прикрывается слоем марли и опять промазывается кашицей. Окончательно она высыхает на третьи сутки.

Больной должен быть обучен как уберечь повязку в период высыхания от промокания, от деформации, предупрежден о немедленном обращении к врачу при появлении болей, отека, посинения или побеления пальцев.

В настоящее время активно применяется новый современный вид гипсовых повязок – полимерные («пластиковый гипс»), которые обладают рядом преимуществ перед традиционными гипсовыми:

- сочетание необычайной прочности и легкости материала (в 4 - 5 раз легче гипса) за счет ячеистой, сетчатой структуры;
- материал пропускает испарения со стороны кожи, и кислород с внешней стороны ("дышит"), препятствует возникновению зуда и мацерации;

- упруго-эластичные свойства "пластикового гипса", наряду с фиксацией поврежденного сегмента, сохраняют возможность для работы мышц, это снижает вероятность развития мышечной атрофии;

- "пластиковый гипс" не боится влаги, поэтому пациент может принимать душ;

- "пластиковый гипс" на ноге дает возможность носить обычную обувь, так как он достаточно тонок и прочен;

- материал совершенно нетоксичен, не вызывает аллергических реакций;

- эстетичный вид.



## 2.2 Анализ работы травматологического пункта ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутск» за 3 года.

Ежегодно в республике Саха Якутия около 50 тыс. человек получают травмы. Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин – 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин.

Среди всех причин первичной инвалидности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти.

Травматизм - часть общей заболеваемости населения.

Уровень травматизма зависит:

- от медико-санитарного законодательства,
- системы медицинской помощи в стране (в республике),
- от эффективности мероприятий по профилактике,
- мероприятий за безопасность в быту, на производстве,
- мониторинга и информации о травматизме среди населения.

Из общего числа пострадавших от травм, трудоспособного возраста, большинство (80-90%) нуждаются только в амбулаторном лечении, а среди госпитализированных 96% больных заканчивают лечение в поликлинических учреждениях. Поэтому организация амбулаторной травматологической помощи имеет большое значение для сокращения сроков лечения и восстановления трудоспособности пострадавших с травмами опорно-двигательной системы.

Наиболее рациональной формой организации амбулаторной травматологической помощи являются травматологические кабинеты и травматологические пункты.

Травматологический пункт является структурным подразделением ГАУ РС (Я) Медицинского центра г. Якутска.

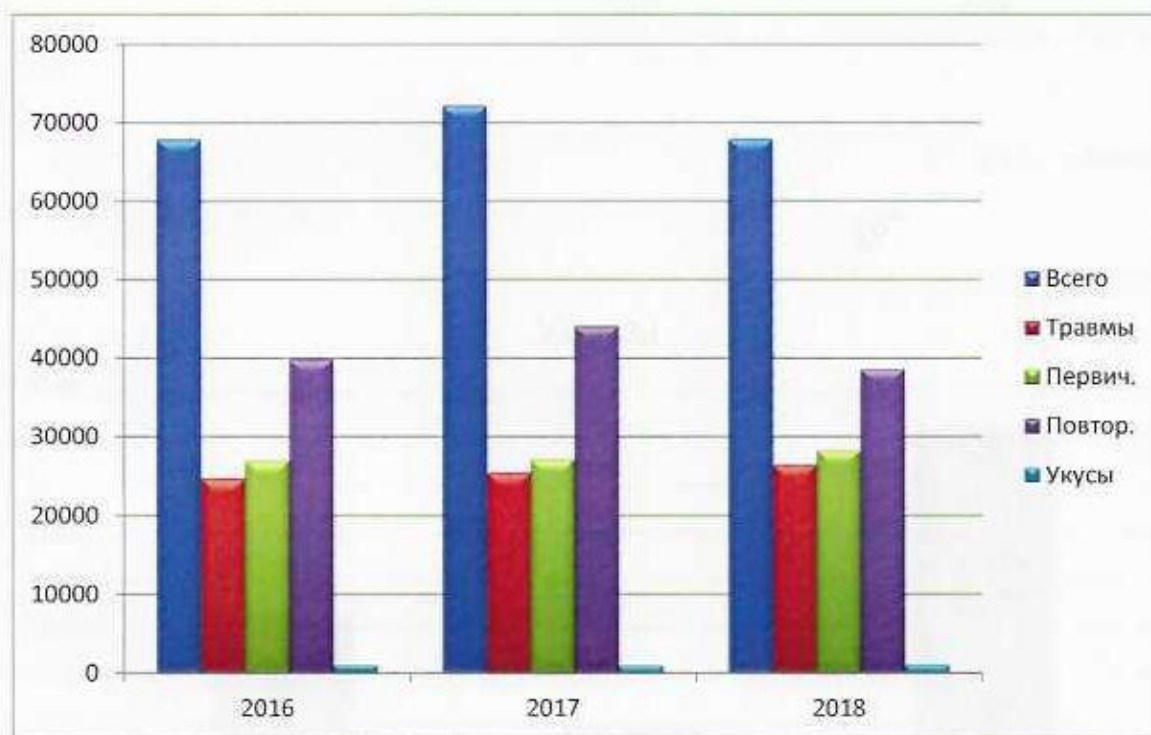
Травматологический пункт оказывает экстренную травматологическую, антирабическую и плановую ортопедическую помощь населению г. Якутска, Республики Саха (Якутия), гражданам ближнего и дальнего зарубежья.

Осуществляет долечивание пациентов с травмами конечностей и позвоночника до полной реабилитации.

Таблица №1

<i>Год</i>	<i>Всего</i>	<i>Травмы</i>	<i>Первич.</i>	<i>Повтор.</i>	<i>Укусы</i>
<b>2016</b>	67851	24799	26953	39865	1033
<b>2017</b>	72193	25509	27087	44096	1010
<b>2018</b>	67941	26476	28246	38622	1073

Диаграмма №1



Отмечается относительное повышение первичных обращений на 4.2%, а повторных за 2018г. Понизилось на 14 повторных обращений% (таб.1



и диаг.1). Связано это с увеличением количества врачей и расширением функциональных обязанностей врачей.

Диаграмма №2

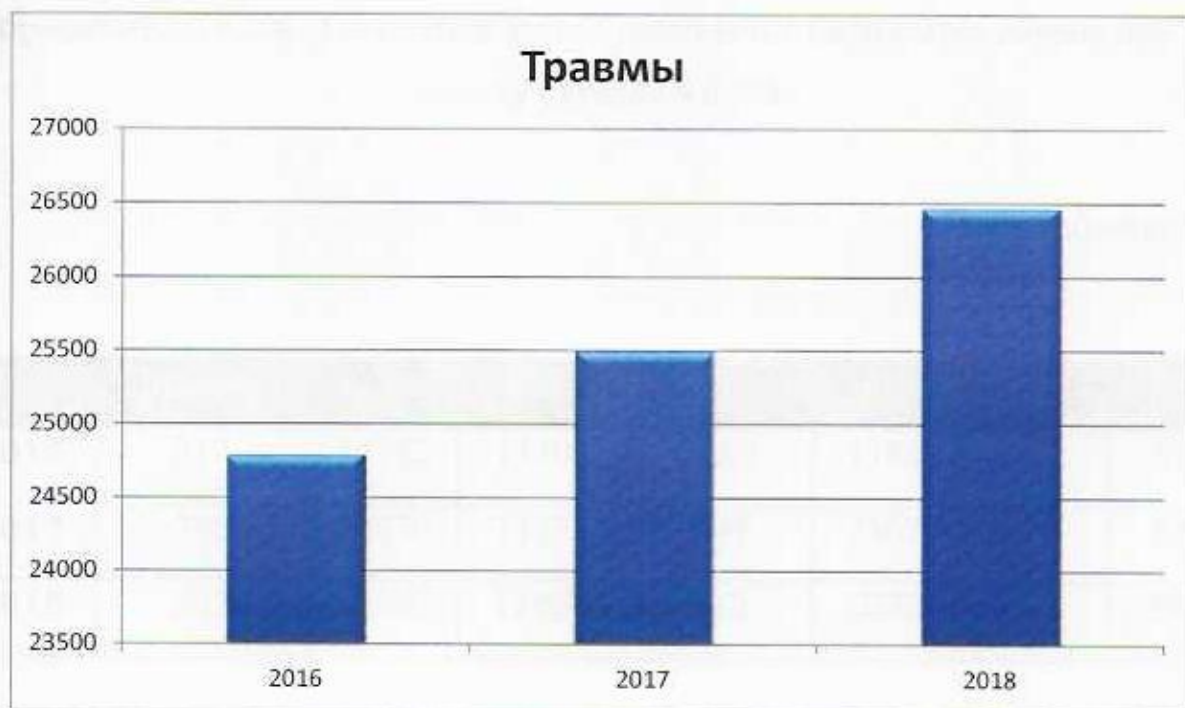
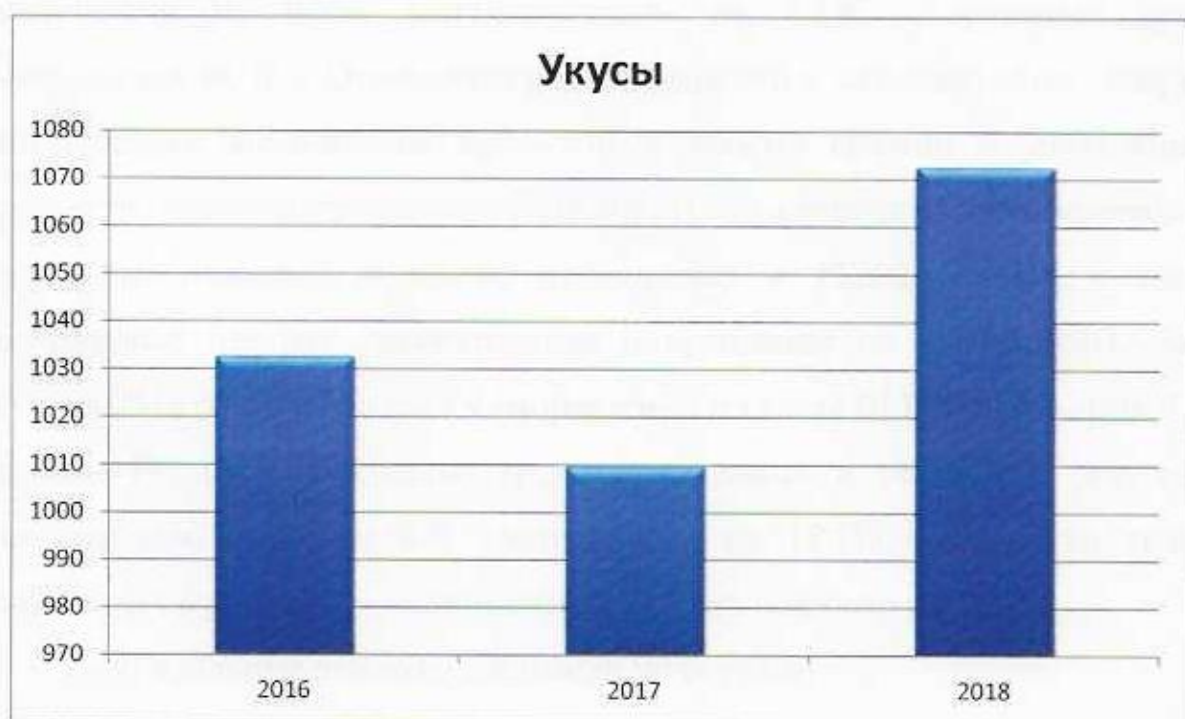


Диаграмма №3



Анализ показателей деятельности травмпункта показывает (диаг. №2 и диаг. №3), что обращаемость за травматологической помощью остается на очень высоком уровне. За 2018г. отмечается уменьшение общего числа обращений на 6.3%, повторных – на 14%, из них увеличилось число экстренных обращений на 4.2%. Также отмечается увеличение количества обращений по поводу укусов на 6.2%.

Таблица №4

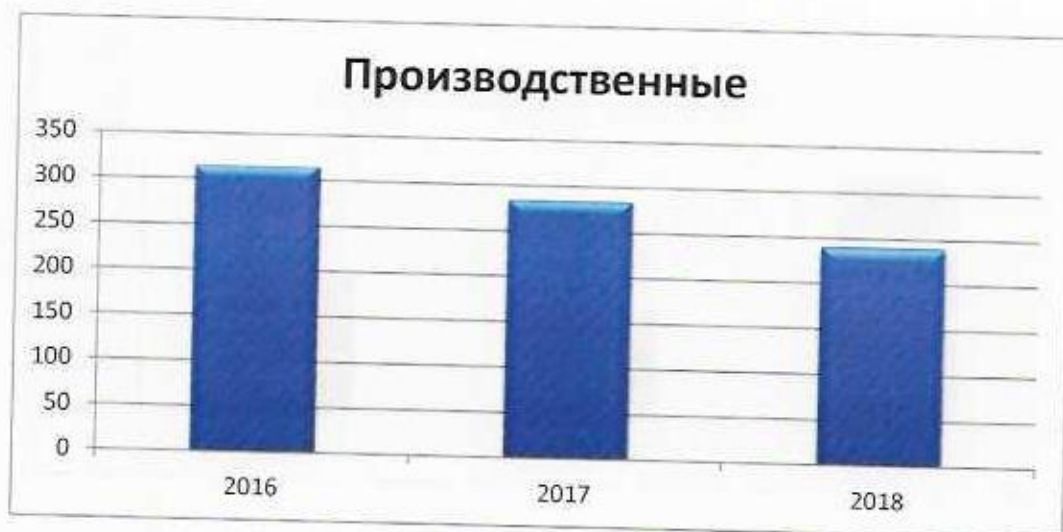
<i>Год</i>	<i>Произв.</i>	<i>Быт.</i>	<i>Улич.</i>	<i>Спорт.</i>	<i>Заб.</i>	<i>ДТП</i>	<i>Хул.</i>
<b>2016</b>	317	10142	11403	1269	1783	452	557
<b>2017</b>	286	10579	11278	999	2367	429	509
<b>2018</b>	242	10585	11859	912	2878	363	562

По сравнению с предыдущим годом уменьшилось количество обращений по поводу производственных травм на 18%, бытовых травм увеличились на 0.5%, уличных травм на 5.1%, спортивных травм уменьшилось на 8%. Отмечается рост обращений с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на 21%, что напрямую связано с увеличением количества реконструктивно-восстановительных операций при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, проводимых в РБ№2 ЦЭМП, а также федеральных центрах травматологии и ортопедии по квоте ВМП. За 6 месяцев 2018 года оформлено 9 направлений по квоте ВМП, из которых 4 за пределы РС (Я). Количество травм полученных в результате дорожно-транспортных происшествий уменьшилось на 18.1%, количество травм, полученных в результате хулиганских действий возросло на 10.4%.

Суицидальные попытки составили 90 случаев.

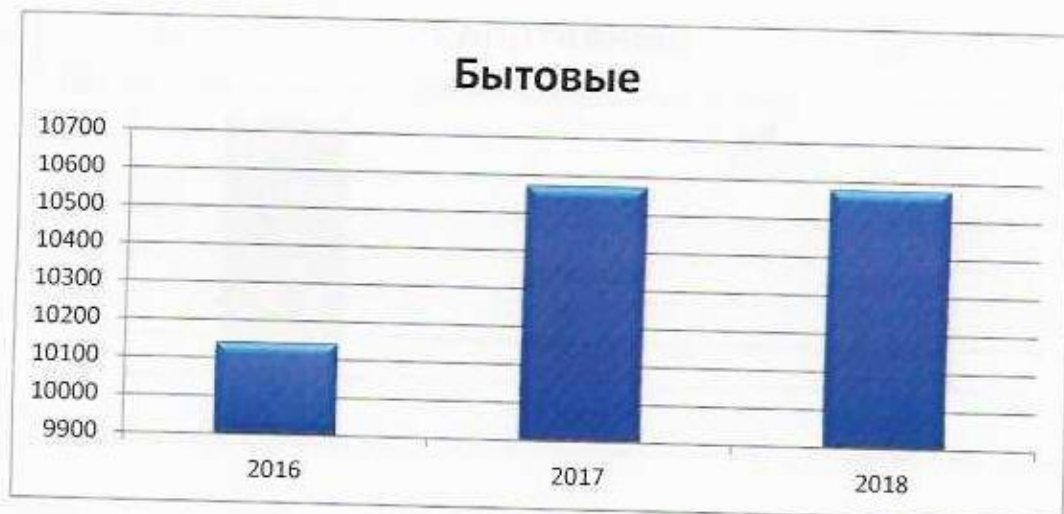
В состоянии алкогольного опьянения обратилось 1911 человек.





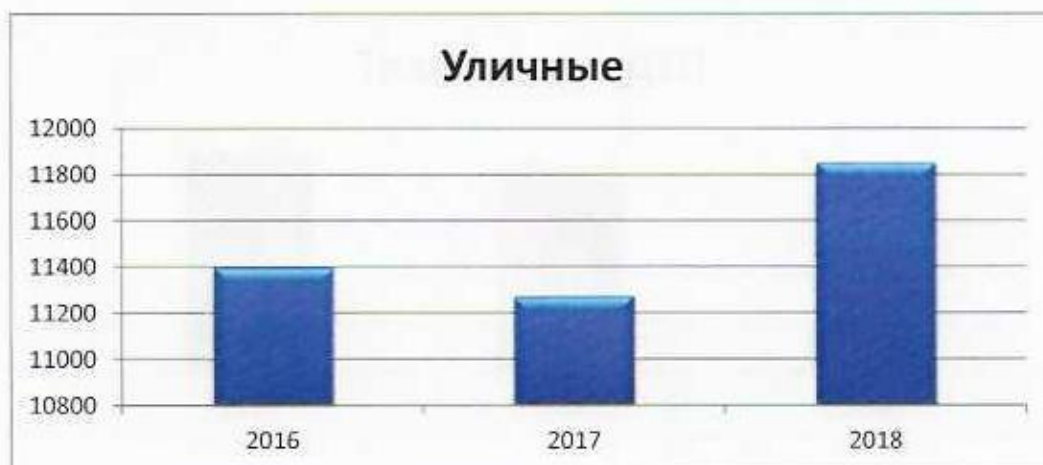
Не отмечается сильного колебания обращений по поводу производственных травм (диаг.5). Колебание в пределах 12%.

Диаграмма №6.



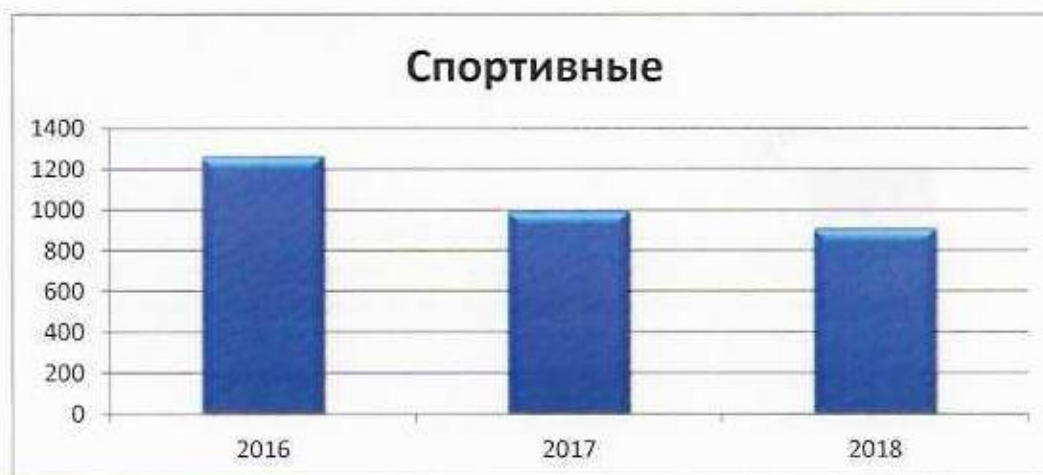
Отмечается повышение обращения по поводу бытовых травм (диаг №6) примерно на 4.3%

Диаграмма №7



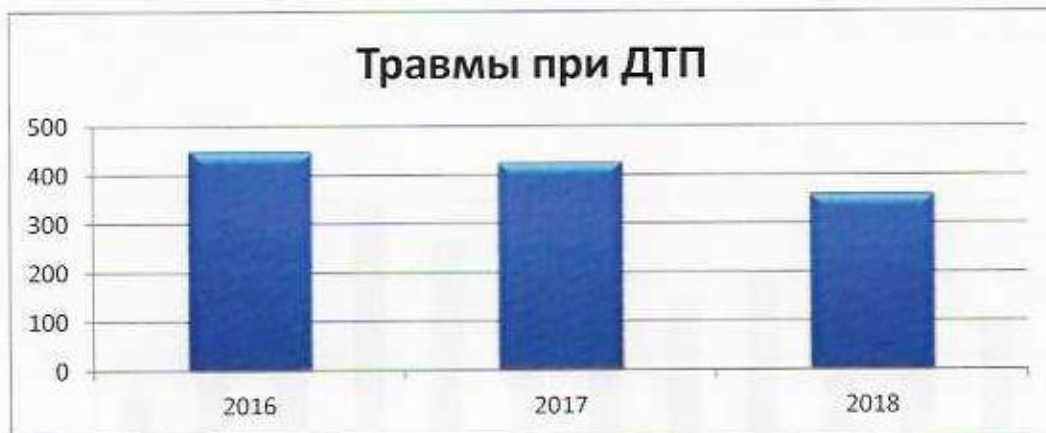
Количество обращений по поводу уличных травм (рис.7) возросло на 5.1%

Диаграмма №8



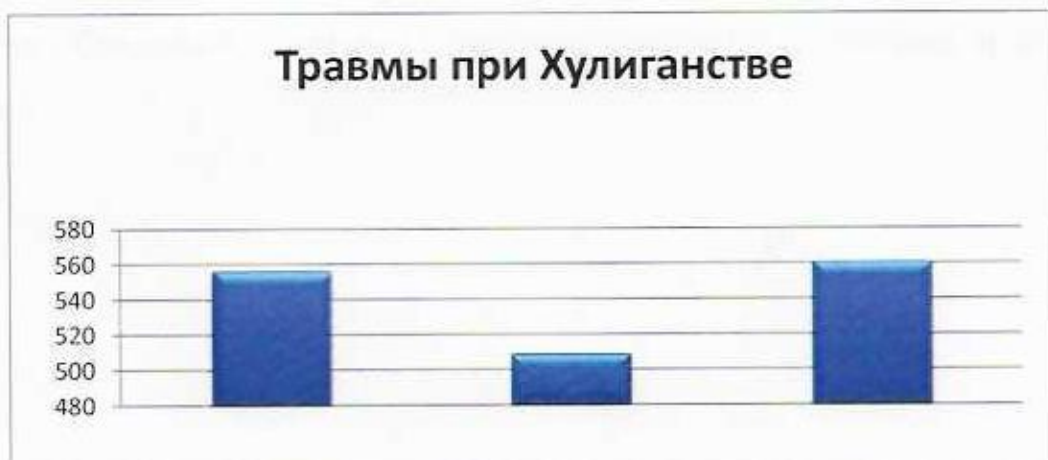
Количество спортивных травм (диаг №8) ежегодно уменьшается на 10-15%



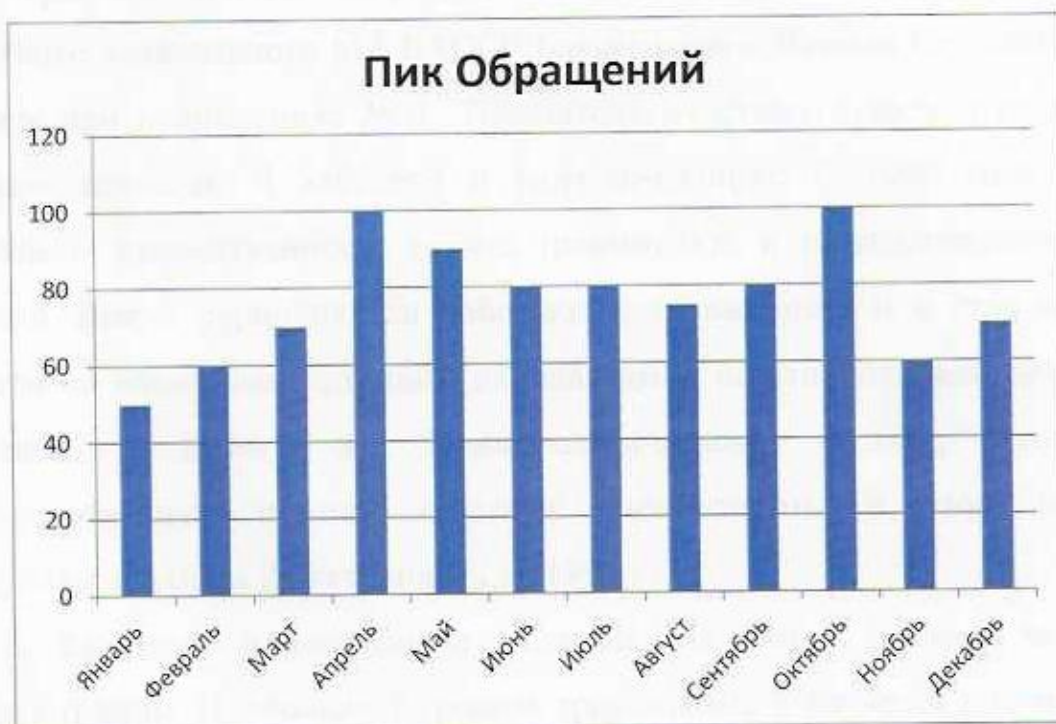


Количество травм при ДТП (диаг.10) уменьшилась на 24.5%

Диаграмма №10



Количество травм полученных при результате хулиганских действий увеличилось на 10.4%



Пик обращений совпадает с периодом гололеда в весеннее и осеннее время года.



## Выводы

1. Травматологический пункт был открыт усердным трудом главного внештатного травматолога МЗ ЯАССР Бакычаровым Яковом Петровичем в 1963 году при поликлинике № 1. Травматологическому пункту отводилась небольшая площадь: 4 кабинета и рентген-кабинет. С 1966 года была организована преемственность врачей травмпункта и травматологического отделения. Врачи периодически работают в травмпункте и в стационаре. Пациенты со сложными травмами направляются на стационарное лечение, долечиваются затем в травматологическом пункте, получая квалифицированную помощь опытных специалистов. В этом здании травмпункт находился 26 лет, вплоть до 1996г.

2. Ежегодно в республике Саха Якутия около 50 тыс. человек получают травмы. Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте - 20-49 лет, а у женщин - 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше чем у мужчин. Анализ показателей деятельности травмпункта показывает, что обращаемость за травматологической помощью остается на очень высоком уровне. За 2018г. отмечается уменьшение показателя общего числа обращений на 6.2%, по поводу травм показатель увеличился - на 3.7%. Уменьшение количества повторных приемов на 14%. Также отмечается увеличение количества обращений по поводу укусов – на 6.2%

3. Работа медицинской сестры травматологического отделения сложна и разнообразна, она включает работу на приёме с врачом, подготовку кабинета к работе (проверка наличия бланков, канцелярских принадлежностей, амбулаторных карт), слежение санитарного состоянием кабинета (влажная уборка в каждую смену), заполнение статистических талонов, работая на приёме с врачом, заполняет реестр медицинских услуг, оказываемых ежедневно в травматологическом пункте, по назначению врача выписывает направления на рентгенологические исследования, физиопроцедуры, консультации узких специалистов, выписывает

направления на проведение анализов для подготовки к плановому оперативному лечению, санаторно – курортные карты. При госпитализации пациента в дежурный стационар выписываю направление, измеряю артериальное давление, проводит транспортную иммобилизацию повреждённой конечности (при переломах верхних и нижних конечностей), вызывает санитарный транспорт.



## Заключение

Травматизм - часть общей заболеваемости населения. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смертности. Задачей изучения повреждений является не только лечение повреждений, но и предупреждение их.

Как выяснилось значительная роль, не только в лечении, но в профилактике травматизма, принадлежит медицинским работникам. А именно работникам травматологических пунктов. Перед ними поставлен ряд задач, решение которых, способствует снижению показателей травматизма. Также ими предоставляется достоверная и полная информация о травматизме, что является обязательным условием его эффективного лечения, а также профилактики.

При посвящении в профессию медицинской сестры/брата, есть такие слова: «Систематически повышать свой профессиональный уровень, ибо знания, которые не пополняются, убывают с каждым днем». Насколько грамотно и профессионально будет выполнять свои обязанности медсестра, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский процесс. Обязательным качеством медсестры должно быть стремление повышению и углублению знаний.

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Авхименко М.М. Меры снижения риска возникновения инфекционных заболеваний у персонала лечебно-профилактических учреждений // Медицинская сестра – 2013.-N 5.-С.21-24.
2. Адаптация молодых специалистов сестринского дела в хирургическом отделении / Масляков В.В., Левина В
3. Ростов н/Д : Феникс, 2014. — 447 с.
4. безопасных условий работы молодых специалистов сестринского дела на этапе адаптации / О.Д. Воробьева, Т.В. Поздеева // Медицинский альманах. – 2014. - № 2. – с. 38-41.
5. Глотов Ю.П. О профилактике профессионального инфицирования медицинских работников гемоконтактными инфекциями // Казанский медицинский журнал. – 2014. - № 2, т. 93. – с. 348-351.
6. Малков А.Е. Решение проблемы внутрибольничной инфекции // Сестринское дело.– 2014.-N 7.-С.23-23.
7. Нажим А.Г. Аэрозольная дезинфекция поверхностей // Поликлиника. - 2015.-N 4.-С.114-117.
8. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ / Ледяева Н.П., Гайдаров Г.М., Сафонова Н.Г., Алексеева Н.Ю. // Вестник Росздравнадзора. – 2014. - № 1. – с. 43-54.
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 24 декабря

2010 г. N 1182н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания  
медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями"

11. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
12. Туркина Н.В. Организация профилактики внутрибольничных инфекций медсестринским персоналом // Медсестра - 2014.-N 8.-С.4-10.