**Слайд № 1**

**Роль медицинской сестры в организации сестринского ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами в педиатрии**

**О. Н. Парыгина,**

**к.м.н., зав. эпидемиологическим отделом**

**БУЗОО «Областная детская**

**клиническая больница»**

**Слайд 2**

Первый случай ВИЧ-инфекции в России был выявлен в 1986 году у пациента, заразившегося в африканском регионе. В последующие годы завозные и местные случаи болезни выявлялись в различных регионах страны, в том числе в виде внутрибольничных вспышек

**Слайд 3**

В 1989 году в России разыгралась трагедия – в больницах Элисты, Волгограда и Нижнего Новгорода было заражено ВИЧ более 200 детей.

**Слайд 4**

С 2008 по 2014 гг. в РФ зарегистрировано 25 случаев формирования очагов внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Общее число пострадавших – 30 человек, из них 15 – дети.

**Слайд 5**

В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации характеризуется неблагоприятной динамикой распространения. Отмечается ежегодный рост числа впервые выявленных случаев.

**Слайд 6**

По Сибирскому Федеральному округу эпидемическая ситуация не отличается от общероссийской. Общее число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Сибирском округе на 01.01.2017 г., составило 235 430. За 2016 год в Сибирском Федеральном округе зарегистрировано 26235 случаев ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости 135,8 на 100 тысяч.

**Слайд 7**

В Омской области на 01.09.2017 г. зарегистрировано 16275 случаев ВИЧ-инфекции

За весь период регистрации ВИЧ-инфекция была впервые выявлена у 1093 беременных

От ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1447 детей

**Слайд 8**

На данном слайде представлено количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Начиная с 2008 года, отмечается увеличение количества детей, рожденных ВИЧ инфицированными матерями. В 2008 году зарегистрировано в два раза больше детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями по сравнению с 2007 годом. До 2014 года количество таких детей постоянно увеличивалось. В 2014, 2015 гг. зарегистрировано по 253 новорожденных из данной группы и за 8 месяцев 2017 года от ВИЧ-инфицированных матерей родился 121 ребенок.

**Слайд 9**

Пути передачи ВИЧ. Вертикальный путь передачи составляет 0,8% на 01.09.2017 года и 1% за 8 мес. 2017 года. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции определяется нормативным документом – в ред. [Изменений N 1](consultantplus://offline/ref=0ADC15629F3CC479A0ABACEB133D46CF93CC95C1369FDD0FF0BEE907193BBBADE326AAE516F6B585m7bDL), утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 N 95 «Профилактика ВИЧ-инфекции» Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10

Выявление ВИЧ-инфекции или наличие высокого риска инфицирования ВИЧ у беременной женщины является показанием к проведению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Тестирование всех беременных на ВИЧ-инфекцию проводится при постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 30 +/- 2 недели, не обследованных в стандартные сроки тестируют экспресс-методом (с использованием простых/быстрых тестов) при первом обращении или поступлении на роды.

Беременных, имеющих высокий риск заражения ВИЧ (половых партнеров, инфицированных ВИЧ, употребляющих психоактивные вещества и т.п.), следует тестировать при постановке на учет по беременности, затем через каждые 3 месяца и экспресс-методом при поступлении на роды с параллельным исследованием классическими методами ИФА или ИХЛА.

Тестирование половых партнеров беременных женщин проводится как минимум однократно при постановке беременной на учет.

Женщинам, у которых имеется высокий риск заражения ВИЧ, после родов (половые партнеры, инфицированные ВИЧ, употребляющие психоактивные вещества и т.п.) следует рекомендовать постоянно пользоваться презервативами при сексуальных контактах, регулярно проходить тестирование на ВИЧ и отказаться от грудного вскармливания ребенка.

**Слайд 10**

Несмотря на то что суммарное число случаев ВИЧ-инфицированных детей на 01.09.2017 г. составляет 219 человек, из них за 8 мес. 2017 года зарегистрировано 20 случаев, а доля детей среди ВИЧ-инфицированных не превышает 1,5%, проблема распространения ВИЧ-инфекции среди детского населения является крайне актуальной.

**Слайд 11**

Основой организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и их детям, независимо от ВИЧ-статуса последних, является обеспечение этого контингента комплексным обследованием и лечением (АРВТ) в полном объеме, предоставлении социальной помощи данной категории.

**Слайд 12**

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг.

**Слайд 13**

Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации.

**Слайд 14**

Уход за пациентом – это система лечебных, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий по облегчению состояния пациента, правильному своевременному выполнению всех назначений, подготовке и проведению ряда диагностических процедур, грамотному слежению за больным и мониторингу его состояния, оказанию первой доврачебной помощи и ведению соответствующей медицинской документации.

**Слайд 15**

При уходе за пациентом, особенно в педиатрии, важно сосредоточиться на его личности и индивидуальных особенностях. Ежедневный уход не должен превращаться в рутину или становиться автоматическим, напротив, уход должен быть всегда индивидуализирован.

**Слайд 16**

Для реализации этого медицинская сестра должна применить все свои творческие способности. Личностно-ориентированный подход предполагает ориентацию на потребности пациента. Пациент рассматривается как личность с его надеждами, опасениями, ожиданиями и предполагает живой отклик сестры.

**Слайд 17**

|  |  |
| --- | --- |
| **Принципы ухода за ВИЧ-инфицированным пациентом** | |
| Безопасность | Лица, предоставляющие уход, должны оберегать пациента, предупреждая возможные травмы |
| Конфиденциальность | Персональная информация о пациенте, подробности личной жизни должны оставаться в тайне, нельзя допускать, чтобы посторонние видели и слышали то, чего не хотел бы пациент |
| Уважение | Уважать пациента как личность, признавать его право на выбор и принятие решений |
| Общение | Помнить о том, что слово лечит. Беседуя с пациентом необходимо обращать внимание на его чувства. Проговаривать с пациентом предстоящие манипуляции, получать его согласие на то или иное вмешательство. Докладывать руководству о проблемах пациента |

**Слайд 18**

|  |  |
| --- | --- |
| **Принципы ухода за ВИЧ-инфицированным пациентом** | |
| Независимость | Поощрять пациента быть максимально самостоятельным, насколько это возможно в конкретной ситуации |
| Инфекционная  безопасность | Проводить мероприятия, обеспечивающие инфекционную безопасность. Уход может быть предоставлен пациенту в медицинских учреждениях (профильных стационарах, где пациент находится по поводу лечения того или иного заболевания и при этом нуждается в уходе) |

**Слайд 19**

Пациент имеет право не разглашать информацию о своем ВИЧ-статусе. Поэтому каждая манипуляция, при которой возникает контакт с биологическими жидкостями пациента, является опасной для медицинского работника.

Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями (САНПИН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность", зарегистрированного в Минюсте России 9 августа 2010 г. N18094). Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

**Слайд 20**

Меры профилактики ВИЧ-инфекции:

* Отношение к крови и другим биологическим жидкостям всех пациентов, как к потенциально инфицированным.
* Использование перчаток и других барьерных индивидуальных средств защиты при возможности контакта с биологическими жидкостями.

**Слайд 21**

* Мытье или антисептическая обработка рук поле любого контакта с биологическими жидкостями.
* Отстранение от работы персонала с травмами, ранами на руках, если их невозможно заклеить пластырем или защитить перчатками.

**Слайд 22**

* Не надевать колпачок на иглу
* При необходимости удаления иглы использовать иглоотсекатель или иглодеструктор.
* После использования острого инструментария немедленно поместить его в плотный контейнер.
* Контейнеры для использованного острого одноразового инструмента после их заполнения на ¾ следует плотно закрыть и подготовить к утилизации.

**Слайд 23**

* Без промедления сообщать обо всех случаях травматизма при работе с иглами, другими острыми предметами, загрязненными биологическими жидкостями пациента. Это поможет вовремя получить необходимую медицинскую помощь

**Слайд 24**

Если аварийная ситуация произошла. Первая помощь, оценка риска: риск заражения ВИЧ- инфекцией зависит от ВИЧ-статуса пациента и стадии заболевания; получения пациентом антиретровирусной терапии; степени контаминации заразным материалом инструмента; степени нарушения целостности кожных покровов и слизистой при травмировании медработника; обработки раневой поверхности.

Освидетельствование пациента, медработника с предоставлением консультирования и информированного согласия: консультирование проводится в медицинских учреждениях, по месту забора пробы крови на тестирование и выдачи результата исследования; осуществляется врачом или фельдшером, направляющим пациента на обследование; включает информирование о целях тестирования; сбор эпидемиологического анамнеза; информацию о ВИЧ, периоде «серонегативного окна», результатах теста, получение инфрормированного согласия.

Постконтактная профилактика – это медицинская мера, направленная на предупреждение развития инфекции после вероятного контакта с патогенным микроорганизмом. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат не позднее 72 часов после аварийной ситуации, в течение 28 дней.

Регистрация аварийного случая, оформление акта о медицинской аварии в учреждении в ред. [Изменений N 1](consultantplus://offline/ref=0ADC15629F3CC479A0ABACEB133D46CF93CC95C1369FDD0FF0BEE907193BBBADE326AAE516F6B585m7bDL), утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 N 95 «Профилактика ВИЧ-инфекции» Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10

Диспансерное наблюдение не менее 1 года с обследованием на ВИЧ через 1,3, 6, 12 месяцев

**Слайд 25**

Неуклонно возрастающее число ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей привело к необходимости организации системы оказания комплексной медицинской, социальной, психологической и юридической помощи семьям, имеющим как ВИЧ-позитивных, так и ВИЧ-негативных детей.

**Слайд 26**

Сестринский персонал, прошедший психологическую подготовку, имеющий навыки консультирования обеспечивает эффективное решение данной проблемы.

**Слайд 27**

Спасибо за внимание!