

Комплексный подход к обеспечению безопасности пациентов и персонала при оказании медицинской помощи в учреждениях хирургического профиля

Валентина Александровна Шнейдер,

*главная медицинская сестра Федерального государственного бюджетного учреждения
«Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Калининград*

Аннотация. Проблема возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, актуальна для любого медицинского учреждения. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций, разрабатываются и реализовываются госпитальным эпидемиологом или главной медицинской сестрой на основании действующих санитарных правил и других нормативных документов Российской Федерации. Профилактика внутрибольничных инфекций касается не только пациентов, но и персонала, оказывающего медицинскую помощь на любом этапе обращения больного в лечебно-профилактическую организацию.

Ключевые слова: медицинская помощь, внутрибольничные инфекции, пациенты, медицинский персонал, профилактика, инфекционный контроль.

INTEGRATED APPROACH TO SAFETY OF PATIENTS AND PERSONNEL IN CASE OF DELIVERY OF HEALTH CARE IN ORGANIZATIONS OF THE SURGICAL PROFILE

Valentina Aleksandrovna Schneider,

*chief nurse Federal state budgetary institution «The federal center of high medical technologies»
Ministries of Health of the Russian Federation, Kaliningrad*

Summary. The problem of emergence of the infections connected with delivery of health care is actual for any medical institution. The preventive actions directed to the prevention of origin and spread of intrahospital infections are developed and implemented the hospital epidemiologist or the chief nurse based on the operating health regulations and other regulating documents of the Russian Federation. Prevention of intrahospital infections concerns not only patients, but also the personnel providing medical care at any stage of the appeal of the patient to the treatment-and-prophylactic organization.

Key words: medical care, intrahospital infections, patients, medical personnel, prevention, infectious control.

С чего начинать работу по созданию системы эффективной профилактики госпитальных инфекций? В первую очередь важно внедрить в работу любого медицинского учреждения систему инфекционного контроля. Каждая медицинская организация уникальна по оказанию видов медицинской помощи, в связи с этим программа инфекционного контроля должна быть адаптирована к особенностям и потребностям конкретной лечебно-профилактической организации.

Рассматривая деятельность федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Центр), можно сказать, что подготовка к внедрению инфекционного контроля началась за 6 месяцев до его открытия — в 2012 г. В настоящее время Центр работает по двум направлениям — оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в области сердечно-сосудистой хирургии и плановой медицинской помощи по травматологии-ортопедии.

Приказом главного врача утвержден состав подкомиссии врачебной комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ), в который вошли врач-эпидемиолог, заведующий клинико-диагностической лабораторией, врач-бактериолог, главная медицинская сестра.

Основными задачами работы подкомиссии являются:

- мониторинг инфекционных осложнений;
- выявление причины осложнений;
- оценка всех этапов оказания помощи, выявление вероятного источника ВБИ;
- разработка мероприятий по устранению причин ВБИ и источников осложнений;
- обучение медицинского персонала правилам и техникам выполнения манипуляций;
- анализ мониторируемых ситуаций;
- контроль за выполнением санитарно-противоэпидемических требований;
- разработка мероприятий по улучшению качества оказания медицинской помощи;

- мониторинг изменения законодательной базы в сфере инфекционного контроля и инфекционной безопасности;
- разработка и дальнейшая координация программы производственного контроля.

Ежеквартально председатель подкомиссии представляет главному врачу отчет — анализ мониторинга ВБИ по организации. Анализу подвергается каждый случай инфекционного осложнения, оформляется карта экспертной оценки и делаются выводы о возможном источнике осложнения. На основании проведенного анализа разрабатываются мероприятия, направленные на улучшение эпидемиологической обстановки в организации в целом.

Взаимодействие врача-эпидемиолога, главной медицинской сестры и специалистов клинико-диагностической лаборатории позволяет своевременно обследовать пациентов с целью обеспечения лечебных и противоэпидемических мероприятий в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами. Врач-бактериолог ежедневно сообщает врачу-эпидемиологу, главной медицинской сестре, врачам отделений, клиническому фармакологу, заведующим стационарных отделений о микробиологическом пейзаже Центра и антибиотикорезистентности возбудителей гнойно-септических инфекций. Коллективная работа всех специалистов позволяет быстро и эффективно проводить изучение этиологической структуры микроорганизмов, которые выделяются от больных и из внешней среды стационара, мониторировать антибиотикорезистентность выделенных микроорганизмов для того, чтобы на ранних сроках выявить госпитальные штаммы, а врачебному персоналу обосновать назначение антибиотикотерапии в профилактических и лечебных целях. Возбудители гнойно-септических инфекций, выявляемые в Центре, в обязательном порядке исследуются на чувствительность к дезинфицирующим средствам (кожным антисептикам и бактериофагам), что позволяет своевременно провести ротацию дезинфицирующих средств в отделениях или назначить лечение бактериофагами.

Лабораторный мониторинг объектов окружающей среды проводится в соот-

ветствии с планом-графиком, представленным в программе производственного контроля.

Пристальное внимание уделяется метициллинрезистентным стафилококкам, ванкомицинрезистентным энтерококкам, микроорганизмам, имеющим множественную лекарственную устойчивость. В случае подозрения на носительство вышеперечисленных микроорганизмов, выявления их в дооперационном и/или послеоперационном периоде пациент подвергается изоляционно-ограничительным мероприятиям. В условиях стационарного отделения пациент переводится в одноместную палату, а в условиях отделения анестезиологии и реанимации № 2 помещается в изолятор. Эти помещения считаются зоной высокого риска, а специалисты при работе с данной категорией пациентов предпринимают следующие действия:

1. Проведение гигиенической/хирургической обработки рук:

- до и после каждого контакта с пациентом;
- после контакта с объектами в непосредственной близости от пациента;
- после снятия перчаток;
- после контакта с контаминированным материалом;
- перед процедурами, требующими асептических условий.

2. Использование одноразовых защитных халатов с длинным рукавом и одноразовых перчаток.

3. Использование персоналом защитной маски (риск разбрызгивания крови, биологических жидкостей от пациента).

4. Использование индивидуально для каждого пациента:

- стетоскопа, термометра, тонометра и пр.;
- одноразовых суден (при отсутствии одноразовых суден возможно использование многоразовых суден, с дальнейшей обработкой в моеще-дезинфекционной машине).

5. Использование одноразовых инструментов, которые после применения помещаются в отходы класса Б (если ВИЧ — класс В), обеззараживание проводится аппаратным методом на установке «Гидро-клав Н-07» в помещении «Дезинфекция медицинских отходов».

6. Использование многоразового инструментария индивидуальное для каждого пациента (наборы формируются в ЦСО по заявке отделений). Стерильные столы в перевязочных кабинетах не накрываются! Перевязка осуществляется в перевязочном кабинете № 2, после всех выполненных процедур другим больным в перевязочной № 1 (чистой перевязочной). После использования инструменты помещаются в емкость для дезинфекции ИМН. Проводится обеззараживание инструментария 1%-м рабочим раствором «Лизарин», экспозиционная выдержка — 20 минут, промывается под проточной водой и сдается в закрытом контейнере в ЦСО. Сильно загрязненный инструментарий проходит отмывку через УЗО-установку и помещается в дезинфекционно-моечную машину проходного типа. Контейнер, в котором проходила транспортировка инструментария из отделения в ЦСО, также подвергается автоматической обработке в дезинфекционно-моечной машине.

7. Проведение дезинфекции всех поверхностей, с которыми контактировал пациент, не менее 2 раз в сутки методом протирания (спрей не используется). Для обработки поверхностей используется только одноразовый материал (салфетки).

8. Использование индивидуально-порционной системы питания (таблет-питание). Порционирование готовых блюд проводится на территории пищеблока, доставляется на территории младшим медицинским персоналом отделения в изобокс и с учетом индивидуальных требований к диете подается пациенту. По окончании приема пищи боксы в закрытом виде доставляются в помещение «Моечной», где проводится вскрытие, разбор и установка в дезинфекционно-моечную установку для обработки боксов, посуды и столовых приборов. После каждого перемещения использованных изобоксов в пищеблок тележки, на которых проводится транспортировка, подвергаются дезинфекции протиранием 1%-м раствором «Гексакварт форте», экспозиция 15 минут в помещении «Для мойки тележек».

9. В палате, где находится пациент, размещается закрывающаяся емкость (контейнер) с закрывающейся крышкой для отходов. Маркировка емкости «Класс

Б» желтого цвета, при ВИЧ-инфекции — «Класс В», красного цвета.

10. Соблюдение поточности в Центре включает:

- транспортировку грязного белья, использованных изобоксов, отходов в цокольный этаж на грузовом лифте № 2;
- транспортировку расходных материалов, лекарственных средств, таблет-питания из пищеблока, чистого белья в грузовом лифте № 1.

11. Генеральная уборка палаты (изолятор) проводится один раз в 7 дней, а заключительная уборка — при выписке пациента. Обязательно проводится дезинфекция постельного белья (при смене белья и выписке) в санитарной комнате, а подушки, одеяло и матрас сдаются в дезинфекционную камеру.

Оказание плановой высокотехнологичной помощи требовало меньше экономических затрат для осуществления инфекционного контроля по сравнению с периодом, когда оказывалась неотложная помощь пациентам с острым коронарным синдромом в 2014 г. Неисследованные пациенты, экстренно поступающие в стационар и попадающие из приемного отделения сразу в операционную рентгенохирургии, требовали к себе особого внимания со стороны проведения профилактических мероприятий в отношении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Из отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения пациенты после проведения коронарографии или стентирования сосудов сердца перемещались в отделение высокого риска, анестезиологии и реанимации № 2 для дальнейшего наблюдения и ухода. Помимо проведения первичной санитарной обработки в приемном отделении, мы на входном контроле берем у пациентов, в 100 % случаев поступлений, посев на MRSA-стафилококк, с дальнейшим закладыванием в оба носовых хода мази «Бактробан» в качестве проведения профилактических мер. Если получаем впоследствии результат микробиологического исследования на наличие колоний MRSA-стафилококка, то продолжаем санировать пациента, согласно инструкции к применению препарата, а лечащий врач назначает консультацию врача-отоларин-

голога. В противном случае при отсутствии данных за колонизацию из бактериологического отдела клинико-диагностического отделения лечение пациента прекращается. По статистическим данным, 38 % пациентов, получивших лечение в условиях нашего учреждения, являлись носителями MRSA-стафилококка. Концентрация этой группы пациентов в отделении реанимации и анестезиологии № 2 осуществляется в отдельно выделенной палате, рассчитанной на три реанимационные койки. Медицинский персонал закрепляется на постах при поступлении и выявлении пациента с инфекционными осложнениями.

Невозможно не упомянуть об еще одной группе пациентов — переводящихся из других стационаров либо получивших лечение в других ЛПУ в течение года. Особо пристальное внимание уделяется при поступлении детям, переводящимся из перинатального центра, родильных домов, детских больниц. На входном контроле осуществляется по назначению врача забор биологического материала с пупочного кольца, глаз, проводятся посевы: из зева, мочи, крови, мокроты. Проведя оценку состояния и собрав анамнез у взрослого пациента, лечащий врач совместно с врачом-эпидемиологом решает вопрос о необходимости проведения микробиологического мониторинга.

В помощь специалистам были разработаны инструкции, алгоритмы и протоколы. По ним проводится регулярное обучение сотрудников и инструктирование с последующими сдачами зачетов в виде тестирования или устного собеседования, а также отработки практических умений и навыков на фантомах.

Хочется из ряда локальных нормативных документов выделить ряд документов, которые являются основными в практической работе специалистов:

- «Об усилении мер профилактики внутрибольничных катетер-ассоциированных инфекций»;
- «Об усилении мер профилактики внутрибольничных катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей»;
- «О дополнительных мерах профилактики госпитальных ИВЛ-ассоциированных инфекций в отделениях анестезиологии и реанимации»;

- «Об организации выявления и мониторинга послеоперационных раневых осложнений»;
- «О профилактике профессионального инфицирования медицинских работников вирусом иммунодефицита, вирусными гепатитами В и С, учете аварийных ситуаций и постконтактной профилактике, усилении контроля за профилактикой ВИЧ».

В практической деятельности зарекомендовали себя с положительной стороны и активно используются на рабочих местах:

- карта сестринского наблюдения за больными с факторами риска развития инфекции в области хирургического вмешательства;
- лист наблюдения за состоянием хирургической раны;
- журнал учета обработки (замены комплекующих) установок ИВЛ;
- лист наблюдения за периферическим катетером + стандарт оценки инфильтрации в области установки периферического катетера;
- инструкция действий медицинских работников при аварийной ситуации, сопровождающейся риском инфицирования ВИЧ-инфекцией;
- алгоритм проведения перевязок.

С целью прерывания путей передачи возбудителей инфекции обработки рук персонала недостаточно. Важно отметить, что во многих лечебных учреждениях внедряются новые медицинские технологии, требующие использования современных видов оборудования, изменяется видовой состав микроорганизмов на фоне снижения эффективности антибактериальных препаратов, селекционируют резистентные штаммы, у большинства пациентов снижен иммунитет. Все это и другие факторы увеличивают рост количества различных инфекций. Основными источниками инфекций считаются пациенты и медперсонал, являющиеся носителями инфекционного агента. Грамотно выстроенный подход к системе проведения комплексных мероприятий по проведению дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, дезинсекции и дератизации в прерывании путей передачи инфекции позволяет значительно снизить уровень ВБИ.

В Центре организован централизованный подход к решению этого вопроса. ЦСО оборудовано современными автоматическими установками моюще-дезинфицирующими и стерилизационными, предстерилизационная очистка является самым важным звеном в подготовке медицинского инструментария и устройств к их повторному использованию. Некачественно проведенная предстерилизационная очистка значительно снижает эффективность проводимой далее стерилизации. Машинная мойка: обеспечивает высокое качество отмывания, включая и инструментарий сложной конфигурации снаружи и внутри, она стандартизирована и позволяет проведение валидации мойки и дезинфекции, снижает вероятность инфицирования персонала, что позволяет снизить риск производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Если рассматривать экономическую составляющую, то использование аппаратных методов обработки ИМН многократного назначения снижает расход воды и химических средств, экономит электроэнергию и время персонала, высвобождая человеческие ресурсы, тем самым повышая производительность труда и снижая до минимума ошибки в работе. Каждый пациент, подвергающийся любому вмешательству со стороны персонала, обеспечен индивидуальным (ми) стерильным (ми) набором (ми), прошедшим (ми) все циклы дезинфекционно-стерилизационных мероприятий.

Ответственность за организацию эффективной охраны профессионального здоровья сотрудников и обеспечение соответствующими ресурсами возложена на главного врача Центра, заведующие отделениями организуют регулярные медицинские осмотры персонала, отвечают за проведение профилактических мероприятий и создают безопасные условия труда на рабочих местах для своих подчиненных.

Врачом-эпидемиологом, главной медицинской сестрой и советом по сестринскому делу проводятся:

- разработка и коррекция инструкций, алгоритмов, стандартов, обеспечивающих проведение безопасных технологий выполнения диагностических и лечебных процедур для пациентов и сотрудников;

- контроль за выявлением и профилактикой инфекционных заболеваний у персонала;
- анализ нормированных санитарно-гигиенических условий на рабочих местах, в т. ч. соблюдения требований по обработке рук;
- своевременный контроль выявления и регистрации аварийных ситуаций, травм при работе с биологическими жидкостями;
- контроль организации медосмотров при приеме на работу и проведении периодических медицинских осмотров;
- оценка обеспечения средствами индивидуальной защиты сотрудников на рабочих местах, учитывая расчетную потребность при уходе за пациентами.

Профилактические мероприятия при получении травмы или выявлении госпитальной инфекции осуществляются врачом-эпидемиологом и главной медицинской сестрой. Практически все специалисты, поступающие на работу в наше лечебное учреждение, относятся к группе профессионального риска по госпитальным инфекциям. Прием на работу осущест-

вляется после проведенной вакцинации против инфекционных заболеваний. Это позволяет предотвратить инфекционные заболевания на рабочем месте и защищает от возможного распространения в схеме специалист-пациент. Ведущий фактор в воздействии на здоровье медработников был и остается биологический и, именно иммунизация от гепатита В, кори, краснухи, столбняка, дифтерии, гриппа сводит к минимуму риск инфицирования, особенно для той категории сотрудников, у которых иммунитет снижен к вышеперечисленным инфекциям.

Формирование и совершенствование системы инфекционного контроля мы рекомендуем внедрить в каждое лечебное учреждение, независимо от профильной принадлежности. Система позволяет в короткие сроки выявлять госпитальные инфекции, проводить анализ показателей инфекционной заболеваемости, выяснить причины и условия возникновения ИСМП, своевременно и правильно организовать контроль выполнения мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности.



Редакционная подписка в 1,5–2 раза дешевле, чем подписка на почте. Стоимость годовой подписки со скидкой 30%
Полную версию журнала № 9/2014 смотрите на сайте www.panog.ru

ЖУРНАЛ «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ»

СОВЕТНИК ВРАЧА СМП

Входит в Перечень изданий ВАК.

Скорая помощь остается самым массовым видом медицинской помощи, оказываемой в любое время суток, в любом населенном пункте и по любой причине. По данным опросов, именно врачам и фельдшерам скорой помощи пациенты доверяют больше всего и наиболее строго выполняют назначенное лечение. От профессионализма, современных знаний и квалифицированных умений медперсонала СМП зависит успех лечения пациента, а зачастую и его жизнь. Журнал «Врач скорой помощи» призван помочь практикующим врачам получить самую последнюю информацию о достижениях современной науки, о внедрении новых лекарственных препаратов в рутинную практику,

о появившихся стандартах, диагностических и лечебных алгоритмах. На страницах журнала врачи делятся интересными клиническими случаями, необычными или редкими ситуациями, своими профессиональными победами и достижениями. Что особенно важно — журнал обобщает и рекомендует к применению опыт лучших бригад скорой помощи (СМП), изучает вопросы транспортных маршрутов машин СМП, справедливой оплаты труда медперсонала бригад СМП, решение проблем в системе обучения и профессионального роста. Журнал «Врач скорой помощи» является связующим информационным звеном в сообществе врачей данной специальности.

На правах рекламы

ЖУРНАЛ «ФИЗИОТЕРАПЕВТ»

НЕИСЧЕРПАЕМЫЙ ИСТОЧНИК ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ!

Входит в Перечень изданий ВАК.

«Физиотерапевт» — профессиональный журнал, единственный в России, адресованный специалистам-физиотерапевтам в области медицинской реабилитации, курортологии и врачам других смежных специальностей, которые используют методы современной физиотерапии для комплексного лечения, профилактики распространенных заболеваний, а также для реабилитации больных, в том числе после высокотехнологичной помощи. Он освещает многие актуальные проблемы современной физиотерапии: организационно-методическую работу ФТО, современные физиотерапевтические тех-

нологии, а также перспективы развития и разработки современной физиотерапевтической аппаратуры, позволяющие реализовать одно из важных направлений физиотерапии — повышение эффективности применения традиционных физических факторов.

Журнал поможет специалистам скорее сориентироваться в многообразии постоянно обновляющейся информации в сфере применения новых физических факторов и новейших физиотерапевтических технологий и эффективно применять их в своей повседневной практике. Многообразие рубрик журнала отвечает интересам не только врачей-физиотерапевтов, но и специалистов широкого клинического круга, руководителей организаций здравоохранения.



Редакционная подписка в 1,5–2 раза дешевле, чем подписка на почте. Стоимость годовой подписки со скидкой 30%
Полную версию журнала № 5/2014 смотрите на сайте www.panog.ru

На правах рекламы