

Д. В. Самусевич

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В ВОЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Научный руководитель: ст. преп. С. М. Лебедев

*Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Резюме. В статье представлены результаты исследования о нарушениях в элементах организации системы инфекционного контроля, а также определены основные проблемы системы инфекционного контроля, влияющие на установление случаев заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в военных организациях здравоохранения.

Ключевые слова: инфекционный контроль, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи.

Resume. The article shows the research results of the main violations in the elements of infection control system organization, as well as identifies the key infection control system problems, that affect identification of the infection cases associated with medical assistance in military health organizations.

Keywords: infection control, infections associated with health care.

Актуальность. В современных условиях одним из главных требований к организациям здравоохранения является предоставление качественной медицинской помощи, обеспечивающей безопасность пациента. Учитывая важную роль инфекционного контроля (далее — ИК) в повышении качества оказания медицинской помощи, актуальными остаются вопросы об эффективности функционирования системы ИК, обеспечивающей, в частности, и выявление случаев заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (далее — ИСМП) [7].

Цель: определение в системе ИК основных проблем, влияющих на установление случаев заболеваемости ИСМП, в военной организации здравоохранения.

Задачи:

1. Изучить элементы системы ИК в организации здравоохранения.
2. Выявить и охарактеризовать основные нарушения в элементах организации системы ИК.

Материал и методы. Использовался аналитический метод исследования для изучения, обобщения и систематизации материалов литературных источников и ресурсов интернета, посвященных вопросам изучения ИСПМ.

Результаты и их обсуждение. В здравоохранении стратегия профилактики ИСМП основывается на внешнем контроле за соблюдением противоэпидемического режима путем осуществления эпидемиологического надзора и внутреннем контроле (инфекционный контроль) путем проведения санитарно-эпидемиологического наблюдения в конкретной организации здравоохранения. В практическом здравоохранении система ИК считается базисом для контроля за ИСМП в организациях здравоохранения. В военных организациях здравоохранения внешний контроль осуществляют специалисты 23 санитарно-эпидемиологического центра, которые проводят динамическую оценку состояния и тенденции развития эпидемического процесса, контролируют своевременное проведения комплекса

соответствующих мероприятий. Систему внутреннего контроля организует комиссия ИК, работа которой направлена на создание системы эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, основанных на результатах эпидемиологической диагностики и направленных для предупреждения возникновения и распространения ИСМП. Основными элементами системы ИК являются структура управления системой инфекционного контроля, учет и регистрация, микробиологический мониторинг (мониторинг антибиотикорезистентности микроорганизмов, резистентности микроорганизмов к дезинфектантам и антисептикам), эпидемиологическая диагностика, санитарно-противоэпидемические мероприятия, обучение персонала и охрана здоровья.

Анализ доступных источников литературы и результатов исследований по изучению возникновения и развития эпидемического процесса ИСМП в военных организациях здравоохранения позволил проанализировать и выделить основные нарушения в элементах организации системы ИК [1,4]. Установлено, что не всегда проводится выявление и учет всех случаев инфекций, регистрация которых является необходимой для эффективного функционирования системы ИК. К сожалению, в практической деятельности выявление единичных регистрируемых случаев ИСМП обычно связано не с систематическим активным выявлением, а с возникновением аварийных ситуаций и обращениями пациентов. Данные исследований по этому вопросу позволяют отметить, что у большинства медицинских работников сформированы стойкие опасения и убеждения. Например, ИСМП являются дефектами в работе сотрудников организации здравоохранения – их необходимо наказывать. Естественно после уплаты штрафа или административного наказания у медицинского работника пропадает желание быть объективным в отношении выявления и регистрации случая ИСМП. Часто не регистрируются инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, возникающие в хирургических отделениях стационара. Медицинские работники рассматривают пиелонефриты, пневмонии, воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, как неинфекционную патологию.

Многие руководители военных организаций здравоохранения считают, что «полное отсутствие ИСМП – критерий хорошего качества медицинской помощи...» и «ИСМП – не место в стационарах...». Такие подходы способствуют необъективной оценке военно-эпидемиологического значения ИСМП, приводят к неполному сбору, а нередко и к отсутствию данных об факторах риска, соответственно, низкой эффективности мероприятий системы ИК.

Учитывая негативное отношение медицинских работников к регистрации случаев ИСМП, боязнь быть наказанными за их выявление и снижение баллов за результаты медицинской деятельности, показатель заболеваемости каждого случая ИСМП был исключен из конечных результатов. Однако ситуация по официальному выявлению и регистрации ИСМП не изменилась. В настоящее время получается, что, не зная достоверный уровень заболеваемости ИСМП, невозможно знать факторы риска в конкретной ситуации, госпитальные штаммы возбудителей, а значит и перечень и объем мероприятий, необходимых в каждой конкретной военной организации здравоохранения, нельзя оценить экономические затраты,

отсутствует возможность предупредить формирование госпитальных штаммов и идентифицировать вспышки ИСМП, изучить эпидемиологию резистентных к антибиотикам штаммов микроорганизмов, циркулирующих в стационаре, нельзя оценить результат от ранее проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий и другое.

Для организации и проведения эффективного микробиологического мониторинга возбудителей ИСМП, циркулирующих в медицинской организации здравоохранения необходимо наличие современного лабораторного оснащения и специально подготовленных клинических микробиологов. В лаборатории должна быть создана база данных о фенотипах микроорганизмов, проводится анализ и хранится информация об отдельных случаях и вспышках ИСМП и др. В тоже время исследователи отмечают, что редко используются микроскопические методы (световой, фазово-контрастной, люминесцентной микроскопии), экспресс-методы для быстрой идентификации микроорганизмов и определения их чувствительности к химиопрепаратам, не всегда проводятся внешний и внутренний контроль качества исследований, нарушения сроков и правил забора материала на неспецифическую патогенную микрофлору, проведение исследований в неполном объеме и по отдельным показаниям [6].

В современных условиях анализ этиологической структуры и антибиотикорезистентности микроорганизмов, выделенных от пациентов, позволяет менять тактику и стратегию антибиотикотерапии (далее — АБТ). Этиотропная АБТ является «золотым стандартом», но имеет следующие ограничения: для проведения микробиологических исследований требуется время; не всегда возможно выделить возбудитель; начало АБТ до забора материала; неправильный забор и доставка материала; ограниченная эффективность традиционных методов микробиологического исследования. Эмпирическая АБТ применяется до получения сведений о возбудителе, чувствительности его к препаратам и применяется в 85-90% клинических случаев.

В структуру управления системой ИК входит комиссия ИК. В работе, которой принимает участие специально созданная и подготовленная группа лиц, имеющая возможность оперативно организовать и проводить необходимые в данное время конкретные мероприятия для профилактики ИСМП. Особое внимание уделяется обязательному участию госпитального эпидемиолога, клинического микробиолога, лечащего врача, клинического фармаколога. Госпитальный эпидемиолог находится постоянно в организации здравоохранения и осуществляя активное наблюдение за лечебно-диагностическим процессом, имеет исчерпывающую информацию для активного выявления случаев заболеваемости ИСМП, факторов и групп риска. Он обеспечивает соответствующий регулярный контроль за увеличением срока назначения антибиотиков свыше 10 дней, невыполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказывает методическую помощь медицинским работникам. К сожалению, в практической деятельности организации здравоохранения оперативная связь между специалистами не часто обеспечивает санитарно-эпидемиологическое наблюдение и управление эпидемическим процессом в случаях возникновения ИСМП [5]. Для эффективной работы комиссии

ИК в стационаре необходимо пересмотреть статус врача-эпидемиолога. В Беларуси госпитальный эпидемиолог имеет статус общебольничного персонала. В России должность госпитального эпидемиолога введена в стационарах, поликлиниках, как заместитель главного врача или созданы отделы эпидемиологии для организации и проведения ИК.

В системе ИК, кроме вышеперечисленных специалистов, принимают участие и др. медицинские работники, должностные лица и технический персонал организации, но это не всегда выполняется. Медицинские работники должны не только иметь базовую подготовку, но и постоянно повышать свою квалификацию в области ИК. Отмечается, что в военных организациях здравоохранения недостаточно уделяется внимания персонифицированному обучению на рабочих местах с отработкой навыков. В частности, необходимо воспитывать у медицинских работников понимания чрезвычайной важности соблюдения алгоритмов выполнения инвазивных манипуляций, гигиенической обработки рук, обучать и контролировать их действия [2].

В последнее время исследователи обращают внимание на руки медицинских работников, как фактор передачи возбудителей ИСМП. Согласно британским исследованиям, лишь 32% медицинских работников моют руки при контакте с пациентом, из них: на 1 месте – санитарки, на 2 месте – медсестры и на 3 месте – врачи. Согласно данным, приведенным ВОЗ, гигиеническую обработку рук проводят: перед контактом пациента 55% медицинских работников; перед выполнением стерильной операции – 100%; после контакта с биологическими жидкостями – 98%; после контакта с пациентом – 76%; после контакта с окружающей средой – 39%; после снятия перчаток – 24% [3].

От профессионального выполнения функциональных обязанностей медицинскими работниками зависит безопасность пациентов и персонала организации здравоохранения. Между тем результаты исследований свидетельствуют о следующих нарушениях: некачественное выполнение функциональных обязанностей должностными лицами, участвующими в системе ИК; не всегда проводится информирование медицинских работников и других ответственных лиц, включая администрацию, о результатах деятельности в системе ИК; не рассматриваются и не внедряются новые формы и методы работы. Для успешного функционирования системы ИК необходима поддержка администрации, заинтересованность специалистов. Непонимание сути системы ИК ответственными лицами в большинстве случаев приводит на практике вместо выполнения специфических рекомендаций по ИК в случае возникновения вспышки ИСМП в стационаре к закрытию отделения и проведению дезинфекции. Такой подход не является эффективным и требует значительных материальных затрат.

Изучение основных элементов ИК и выявление нарушений в ходе его проведения позволили определить основные проблемы, влияющие на результаты регистрации случаев заболеваемости ИСМП в военной организации здравоохранения: недостаточная приверженность медицинских работников к концепции безопасности медицинской помощи; неэффективная система эпидемиологического наблюдения, в т. ч. недостаточная полнота выявления, учета и

регистрации случаев ИСМП; отсутствие эффективного взаимодействия между участниками системы ИК; несоответствующий статус госпитального эпидемиолога; не повышается значимость и авторитетность комиссии ИК; отсутствие системного унифицированного обучения младших медицинских работников; отсутствие стимулов у медицинских работников в повышении эффективности работы и достижения более высокого результата; недостаточное финансирование медицинского снабжения.

Выводы:

1 Совокупность представленных проблем снижает качество и эффективность системы инфекционного контроля, приводит к увеличению эпидемиологического риска возникновения случаев ИСМП, затрудняет выполнение задач эпидемиологического обследования, своевременное проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

2 Решение указанных проблем должно быть реализовано в рамках отдельных направлений деятельности военной организации здравоохранения по обеспечению ИК.

3 От результатов их решения зависит безопасность оказания медицинской помощи военнослужащим, эффективность и действенность эпидемиологического обследования очага ИСМП.

D. V. Samusevich

INFECTION CONTROL IN MILITARY ORGANIZATIONS HEALTH: ISSUES OF CONCERN

Tutor: senior teacher S. M. Lebedev

*Department of military epidemiology and military hygiene,
Belarusian state medical university, Minsk*

Литература

1. Акимкин, В.Г. Система профилактики внутрибольничных инфекций в России. Служба госпитальных эпидемиологов: итоги и перспективы развития / В.Г. Акимкин // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2015. – № 1. – С. 4–8.
2. Внедрение системы мер по совершенствованию гигиены рук в лечебном учреждении. Практические рекомендации / Пантелеева Л. Г. [и др.] // Медсестра. 2014. – № 11. – С. 7–14.
3. Внутрибольничная инфекция: учебн. пособие / В.Л. Осипова, З.М. Загретдинова, О.А. Игнатова и др. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.
4. Карпов, И. А. Внутрибольничная инфекция: современное состояние проблемы (первая часть) / И. А. Карпов, Н. В. Соловей, Ю. Л. Горбич // Клинич. инфектология и паразитология. – 2013. – № 2. – С. 4–16
5. Кузин, А. А. Нормативно-правовая база профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / А. А. Кузин, С. А. Свистунов, Д. А. Жарков // Военно-медицинский журнал. – 2017. – № 2. – С. 45–47
6. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями / Ю.С. Светличная [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2014. – № 1. – С. 9–14.
7. Проблема внутрибольничных инфекций в свете безопасности и экономической эффективности деятельности лечебных учреждений / М. П. Чуприлин [и др.] // Главврач. – 2014. – № 6. – С. 54–58.