

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЯРОСЛАВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ

Сборник статей, посвященный 40-летию

Института последипломного

образования ЯГМУ

Ярославль

2015

УДК 37

ВВК 74

Образование через всю жизнь. Сборник статей, посвященный 40-летию Института последипломного образования ЯГМУ/ Отв.ред. Н.А. Русина. – Ярославль, Аверс Плюс, 2015. - 204 с.

ISBN 978-5-9527-0277-6

В Ярославском государственном медицинском университете система повышения квалификации специалистов начала свое становление в 1975 году. К настоящему времени сложилась устойчивая система последипломного образования врачей, специалистов, преподавателей высшей и средней специальной медицинской школы, главным критерием которой является принцип «Образование через всю жизнь». Несомненными признаками современности являются применение в обучении кредитно-накопительной системы, развитие дистанционного обучения, внедрение интерактивного метода «перевернутого обучения» (flippedteaching – learning), инновационных технологий, формирование универсальных и профессиональных компетенций.

Материалы сборника отражают опыт развития системы последипломного образования медицинских работников и преподавателей, взаимодействия с регионами; клинической практики.

© Авторский коллектив, 2015

© ЯГМУ, 2015

Шамарина Н.П.

ПРОГРАММА ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница»

Внутрибольничные инфекции являются одной из ведущих причин смертности, затрудняют проведение лечебно-диагностического процесса, резко снижают эффективность лечения, соответственно, увеличивается длительность стационарного лечения, приводя в целом к увеличению экономических затрат и нанося существенный социальный ущерб.

Если прямые потери как-то учитываются: дорогостоящие лекарственные препараты (назначаются антибиотики, как правило новые, дорогостоящие, различные иммунопрепараты и т.д.), то скрытые потери часто не принимаются во внимание:

- износ оборудования (оно чаще ломается и приходит в негодность);
- дополнительные койко-дни;
- трудозатраты персонала;
- потеря репутации, как отдельного отделения, так и больницы в целом;
- затраты на расходные материалы, уборочный инвентарь;
- затраты на юристов (выплаты по судебным искам).

На данный момент термин «внутрибольничная инфекция» заменяется мировым медицинским сообществом более широким определением «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи». **Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП)**, – любое клинически выраженное инфекционное заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи во время госпитализации, в амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, а также у персонала учреждения здравоохранения вследствие осуществления профессиональной деятельности.

В этой статье мы говорим о стационаре, более того, конкретно об отделениях реанимации и интенсивной терапии, которые являются специализированными, высокотехнологичными отделениями для госпитализации наиболее тяжелых пациентов с различными видами жизнеугрожающих состояний и характеризуются чрезвычайно высоким уровнем развития ИСМП. Их частота в таких отделениях во много раз выше, чем в отделениях терапевтического профиля.

Возникновению ИСМП способствуют такие факторы, как:

- концентрация в ограниченном пространстве тяжелых пациентов и постоянно работающего с ним персонала;
- особенности лечебно-диагностического процесса (когда мы проникаем в условно стерильные полости): интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, санация трахеобронхиального дерева, венесекция, катетеризация центральных и периферических вен, парентеральное питание, зондовое кормление, катетеризация мочевого пузыря, дренирование плевральной полости и др.;

- наличие иммуносупрессивного состояния (вынужденное голодание, шок, тяжелые травмы, кортикостероидная терапия и т.д.).

Надо отметить, что в структуре ИСМП ведущее место занимают гнойно-септические инфекции (до 80% от общего количества). Источниками ИСМП являются больные острыми и хроническими формами ГСИ и бессимптомные носители, как среди пациентов, так и среди персонала. Распространение возбудителей происходит воздушно-капельным и контактным путями. Основными факторами передачи являются воздух, руки персонала, объекты внешней среды (белье, перевязочный материал, инструменты, аппаратура и т.д.).

Широта распространения ИСМП в наших отделениях обуславливается не только нарушениями правил асептики, антисептики и противоэпидемического режима, но и наличием объективных факторов особенно последнее время, таких как: значительное техническое усложнение диагностических и лечебных манипуляций, увеличение количества проводимых инвазивных манипуляций.

Особенности организации профилактики ИСМП в отделениях реанимации

Основным принципом организации профилактики ИСМП является пространственное разделение потоков пациентов, которые поступают в отделение на короткое время, и пациентов, которые длительное время будут вынуждены пребывать в отделении. Следует учитывать архитектурно – проектные решения при строительстве новых ОИТиР и реконструкции старых.

Основным механизмом контаминации служат руки персонала, идеально было бы следовать принципу «одна сестра – один больной» при обслуживании длительно находящихся в отделении пациентов.

К базовым принципам профилактики ИСМП относятся строгое соблюдение асептики и антисептики при проведении инвазивных манипуляций, использование при этом приспособлений, материалов и одежды однократного применения, а также применение клинико-микробиологического мониторинга, позволяющего максимально использовать возможность целенаправленной антибиотикотерапии и избегать необоснованного применения эмпирической терапии.

Что касается непосредственно отделений реанимации новорожденных: мы отличаемся, кроме всех факторов выше сказанных, еще и контингентом поступающих больных.

Пациентами в большинстве случаев являются дети различной степени недоношенности, чаще глубоко незрелые, что обуславливает высокую восприимчивость к условно-патогенной флоре. Большие достижения в области неонатологии и реаниматологии в последние годы привели к возможности выхаживания глубоко недоношенных детей. Это повышает и без того высокий риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи у новорожденных.

Длительная искусственная вентиляция легких (у нас дети лежат по месяцу, два и больше, пока не достигнут определенного возраста и веса), частая санация трахео-бронхиального дерева (ТБД) обуславливают возможность колонизации ТБД условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) с последующим развитием поствентиляционных трахеобронхитов и пневмоний.

Зондовое кормление, применение антибиотиков широкого спектра действия приводит к патологической колонизации кишечника новорожденных и инфекциям желудочно-кишечного тракта.

С инфузионной терапией и длительной катетеризацией центральных вен часто связано возникновение бактериемий и таких тяжелых осложнений, как сепсис.

Большинство случаев внутрибольничного заражения являются результатом передачи возбудителя от пациента к пациенту через руки персонала, аппаратуру, при отсутствии безопасных алгоритмов проведения лечебно-диагностических манипуляций и неадекватной технике обработки рук.

Для чего нужны алгоритмы? Все вы знаете свою работу, как делаются те или иные процедуры, манипуляции, когда вы выполняете несколько мероприятий.

Возьмем плановую ситуацию – «обработку пациента». Вы одновременно санируете интубационную трубку, перестилаете, подмываете, санируете рот, обрабатываете какие-то раны и т.д., то есть делаете и условно чистые процедуры, и условно грязные. В какой последовательности это делать, на каком этапе обработать руки и как?

Нужно продумать, проанализировать и прописать все ваши действия, конкретно для вашего отделения, для вашей специфики, чтобы все процедуры были не только удобны, но и безопасны с точки зрения инфекционного контроля.

Эпидемиологические особенности отделения реанимации новорожденных диктуют необходимость введения современной системы инфекционного контроля в отделении данного профиля.

В 2007 году в нашем отделении была разработана и внедрена программа инфекционного контроля, цель которой создать необходимые условия, чтобы все мероприятия, направленные на предупреждение возникновения и распространение ИСМП были эффективными.

Основные задачи программы инфекционного контроля

(не только конкретно нашей, но и вообще любой):

- эпидемиологическое наблюдение за ИСМП
- расследование вспышек (если все-таки это произошло – почему, что стало причиной, чтобы не допустить в дальнейшем);
- введение изоляционно-ограничительных мероприятий (кого, куда, в какую палату, кого изолировать, кому выделить отдельный пост);
- мониторинг применения антибиотиков, мониторинг антибиотикорезистентности;
- участие в мероприятиях по охране здоровья медицинского персонала (здесь не только наши медосмотры и вакцинация, но и чтобы условия труда соответствовали нормам безопасности, обеспечение средствами защиты, спецодеждой и т.д.);
- участие в программах повышения качества медицинской помощи (если внедряется новая методика или манипуляция, чтобы она была продумана с точки зрения инфекционной безопасности);
- обучение персонала вопросам инфекционной безопасности (постоянное, планомерное);

- разработка письменных алгоритмов, обеспечивающих снижение риска, связанного с уходом за пациентами.

Ожидаемые результаты программы ИК

Что мы ожидали и получаем от нашей программы:

- возможность более ранней диагностики случаев инфекции и более раннего назначения адекватной терапии (не дожидаясь клиники, она может быть стертая – наши пациенты, как правило, получают объемную лекарственную, а/б терапию, назначается терапия с учетом посевов, чувствительности);
- ежедневное знание об эпидемиологической ситуации в отделении;
- возможность оперативного вмешательства в зависимости от эпидемической ситуации, не дожидаясь вспышки;
- уменьшение частоты выделения от пациентов антибиотикорезистентных возбудителей;
- уменьшение необходимости использования антибиотиков резерва.

Содержание программы ИК

(что мы конкретно делаем):

1. Мониторинг бактериальной обсемененности пациентов согласно протоколу (у нас прописано что, когда и в какие сроки мы берем. У каждого пациента мы берем смывы при поступлении, далее через три дня, далее через каждые пять дней до момента перевода); Мониторинг бактериальной обсемененности медицинского оборудования и поверхностей (не реже одного раза в квартал или чаще – смывы с поверхностей). Сопоставляем, какие микроорганизмы выделяют пациенты, какие мы получаем с объектов?

2. Сбор данных об основных факторах риска:

- Ведение карты факторов риска пациента. Разработана карта, в которой ежедневно мы фиксируем, какие манипуляции мы делали ребенку, (если могут послужить причиной инфицирования, переинтубация, постановка катетеров и т.д.), а также фиксируем характер мокроты, стула, кратность, признаки инфекций кожи, глаз, пупочной ранки (при их наличии).

- Ведение журнала бактериологического мониторинга (фиксация всех данных посевов).

3. Проведение ежемесячного эпидемиологического анализа данных мониторинга, предоставление отчета в санитарно – эпидемиологический отдел БУЗ ВО «ВОДКБ» (нас за это не наказывают, при возникновении какой - то неблагоприятной ситуации, мы ищем пути решения).

4. Предоставление информации по результатам эпидемиологического наблюдения для решения вопросов о рациональном использовании антибактериальных препаратов, дезинфицирующих средств. Мы работаем вместе не только с эпидемиологами, но и советуемся с клиническим фармакологом по вопросам какие и кому назначить а/б препараты.

5. Применение изоляционно-ограничительных мероприятий в отношении пациентов с манифестной формой ИСМП (ярко выраженная клиника), пациентов – носителей эпидемически опасных штаммов (то есть, кого от кого изолировать):

- строжайшее соблюдение рекомендуемых правил мытья и антисептики рук;
- закрепление оборудования и предметов ухода для обслуживания пациентов (у нас у каждого пациента средства ухода только индивидуальные, аппаратура только своя: отсос, фонендоскоп индивидуальный и т.д.);
- в некоторых случаях строгое закрепление медсестринского персонала, обслуживающего пациентов;
- индивидуальные средства защиты персонала.

6. Получение сведений об эпидемической ситуации в отделении, откуда поступает пациент (регистрация гнойно – септических инфекций, других инфекционных заболеваний в пределах инкубационного периода).

7. Проведение мероприятий по предупреждению госпитального инфицирования:

- гигиеническая обработка рук (все мы знаем, что надо обрабатывать руки, использовать перчатки, но не всегда это делаем правильно, вовремя, тем более реанимация, где много экстренных случаев, много работы и т. д., и как правильно, адекватно в этом потоке дел обработать руки, когда надеть перчатки);

- смена кувезов по графику;
- смена дыхательных контуров по графику;
- смена бактериальных фильтров по графику;
- смена вакуумных аспираторов по графику.

8. Проведение инструктажей по программе инфекционной безопасности:

- первичных (при поступлении на работу);
- повторных (плановых);
- внеплановых (по эпид. ситуации в отделении);
- целевых.

9. Проведение мероприятий по повышению квалификации персонала по вопросам инфекционной безопасности. Обучение в рамках программы по инфекционному контролю, должно быть постоянным. Обсуждения, лекции, теучебы, тестирование, памятки, плакаты и т.д. Безусловно, необходимы разработка и внедрение новых алгоритмов, новых методик.

Литература

1. Основы инфекционного контроля: Практическое руководство / Американский международный союз здравоохранения. Пер. с англ., 2-е изд. – М., Альперина Паблшер, 2003 г.

2. Хрусталева Н.М. Роль инфекционного контроля в профилактике внутрибольничных инфекций в отделении реанимации новорожденных / Н.М. Хрусталева // Семинар по интенсивной терапии в неонатологии «Белые ночи 2008». – Санкт-Петербург, 2008 г.

3. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность; Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 – 10

4. Программа инфекционного контроля отделения анестезиологии – реанимации № 2, Вологодская областная детская больница, 2009 г.