

ПРОЕКТ «СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ»

Е.Б. Иванова,
ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»

Описание проблемы. По данным анализа ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» длительность пребывания на больничной койке у пациентов с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), выше в 1,75 раза, чем у пациентов без присоединения ИСМП. Присоединение ИСМП к тяжело протекающему основному заболеванию существенно увеличивает риск летального исхода. Совершенствование мероприятий по профилактике ИСМП в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (микробиологический мониторинг, совершенствование ухода за пациентами на искусственной вентиляции легких, мочевых и сосудистых катетерах, гигиена рук медицинского персонала, ограничительно-изоляционные меры в отношении пациентов с выделением резистентной микрофлоры, дезинфекция и антисептика, формирование политики применения антибактериальных и дезинфицирующих средств и т. д.) позволило получить снижение заболеваемости в 2016 году по сравнению с 2015 годом на 20%. В большинстве медицинских организаций Мурманской области сведения о заболеваемости ИСМП отсутствуют или не отражают истинного положения дел. Проведенный анализ случаев ИСМП в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» позволил предположить наличие значительного ущерба от ИСМП в медицинских организациях Мурманской области, разработать и внедрить мероприятия по его сокращению.

ЦЕЛЬ ПРОЕКТА. Повышение качества и безопасности оказания медицинской помощи путем снижения рисков, обусловленных ИСМП, в учреждениях здравоохранения Мурманской области

ЗАДАЧИ ПРОЕКТА. Оценить реальную эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости ИСМП в акушерских,

реанимационных и хирургических отделениях многопрофильных стационаров. Провести анализ уровня распространенности и частоты циркуляции госпитальных штаммов микроорганизмов с высокой антимикробной устойчивостью в медицинских организациях. Разработать комплекс мер по снижению циркуляции высокорезистентных штаммов и риска развития вызываемых ими ИСМП в медицинских организациях. Внедрить и оценить эффективность комплекса мер по снижению рисков возникновения ИСМП, обусловленных возбудителями с высокой антимикробной устойчивостью.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА. Реализация данного проекта позволит снизить заболеваемость инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, необоснованное пребывание пациентов в стационаре, снизить летальность пациентов с тяжелыми заболеваниями, обусловленную присоединением ИСМП. Внедрение предлагаемых мероприятий проекта позволяет повысить качество и безопасность оказываемой медицинской помощи путем снижения рисков, обусловленных ИСМП. Экономическое обоснование проекта основано на выявлении разницы между планируемыми затратами и возможной экономической выгодой от внедренных мероприятий. Привлекательность разработанного проекта заключается в эффективном и оптимальном использовании уже имеющихся кадровых и материальных ресурсов. Тема данного проекта «Профилактика ИСМП. Сдерживание формирования антибиотикорезистентности микроорганизмов их вызывающих» отражает наиболее актуальную проблему в современном здравоохранении и предлагает конкретные мероприятия по решению указанной проблемы в отдельном регионе.

СИСТЕМА РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОГО ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ РАБОТЫ ПИЩЕБЛОКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Г.В. Кожарская,

ГАУЗ Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"», г. Екатеринбург

На территории РФ с 1 июля 2001 года введен в действие государственный стандарт ГОСТ Р 51705.1-2001 «Системы качества. Управление качеством пищевых продуктов на основе принципов ХАССП. Общие требования». Требования стандарта в полной мере распространяются на безопасность приготовления пищи в медицинской организации.

В сложившейся практике функционирования пищеблока цель внутреннего контроля – обнаружение нарушений санитарных нормативов и правил, в то же время цель эффективной системы внутреннего контроля – распознавание рисков на всех этапах поступления, хранения, приготовления, реализации пищи и своевременное реагирование на установленные риски.

ХАССП (англ. Hazard Analysis and Critical Control Points (НАССР) – анализ рисков и критические контрольные точки) – концепция, которая предусматривает систематическую идентификацию, оценку и управление опасными факторами, существенно влияющими на безопасность продукции. Система ХАССП предназначена для уменьшения рисков, вызванных возможными проблемами с безопасностью пищевой продукции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка системы риск-ориентированного внутреннего контроля работы пищеблока на основе принципов ХАССП с целью обеспечения качественной пищевой продукцией стационарных пациентов и минимизации риска их внутрибольничного инфицирования возбудителями кишечных инфекций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе четырех пищеблоков центра, на которых ежедневно готовится пища для 350 пациентов, находящихся на госпитализации. Использованы значительный объем информации по материально-технической базе службы приготовления пищи, технологии приготовления пищи, нормативные документы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение и документальное оформление области распространения системы применительно к определенному виду (группам или наименованиям) выпускаемой продукции и этапам ее жизненного цикла.

• Составление в произвольной форме краткой характеристики пищеблока и его организационной структуры.

• Определение политики относительно безопасности выпускаемой продукции.

2. Создание рабочей группы.

3. Сбор и анализ первичной информации (о выпускаемой продукции, сырье, соответствии НД; производстве; о соответствии действующих процедур регламентированным и др.).

• Планы цехов с производственным оборудованием, анализ информации.

• Блок-схемы производственных процессов (схематический рисунок процесса производства продукции).

4. Анализ и оценка рисков:

- входной контроль,
- идентификация и прослеживаемость продукции – совокупность данных и операций, способная содержать необходимую информацию о продукции, ее компонентах на протяжении всей цепочки приготовления пищи;
- определение процедуры прослеживаемости:
- этапы технологического процесса;
- количество продукта/пищи на данной стадии технологического процесса;
- количество сырья и материалов, введенных на данной стадии технологического процесса;
- сведения о партиях сырья и материалов, введенных на данной стадии технологического процесса;
- сведения о направлении движения продукта после завершения данной стадии технологического процесса;
- контроль испытаний продукции (лабораторный);
- управление продукцией, несоответствующей качеству;
- контроль технологии приготовления пищи.

В программе риск-ориентированного внутреннего контроля с применением принципов ХАССП предусмотрели анализ рисков и их оценку.

Анализ риска – это его оценка, управление им на анализируемом этапе и оценка возможности передачи риска на последующие этапы.

За основу взяли известные риски:

- биологические, возникающие в результате действия живых организмов, в том числе микроорганизмов (*Salmonella*, *Escherichia coli* 0157:H7 и др.), простейших, паразитов и т. д., их токсинов и продуктов жизнедеятельности;

Основные методы реализации Политики в области качества и безопасности продукции перед потребителем :

1. Персональная ответственность главного врача и сотрудников, чья работа связана с получением, приготовлением и раздачей пищи

2. Постоянная работа с поставщиками пищевого сырья с целью улучшения качества и безопасности поставляемой продукции

3. Совершенствование форм и методов организации и повышение уровня культуры приготовления пищи

4. Повышение уровня знаний и профессионального мастерства сотрудников, чья деятельность связана с приготовлением пищи

5. Совершенствование предупреждающих действий и управление ими с целью обеспечения требования по безопасности и качества продукции

6. Проведение внутренних проверок эффективности функционирования системы качества.

Администрация ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»

- несет ответственность за выпуск качественной и безопасной пищевой продукции и осуществление поставленных целей и задач в обеспечении качества и безопасности пищевой продукции,
- несет ответственность за воздействие условий производства на окружающую среду,
- ожидает от каждого работника профессионального участия в работе в интересах центра и пациентов, находящихся на стационарном лечении.

- физические риски - наличие любого физического материала, который в естественном состоянии не присутствует в пищевом продукте и который может вызвать заболевание или нанести вред лицу, употребившему данный пищевой продукт (стекло, металл, пластик. др.);

- химические риски:

1. ненамеренно попавшие в пищу химикаты:

а) сельскохозяйственные химикаты: пестициды, гербициды, регуляторы роста растений;

б) используемые на пищеблоке: чистящие, моющие и дезинфицирующие средства;

в) заражения из внешней среды: свинец, мышьяк, кадмий, ртуть и т. д.

2. естественно возникающие факторы риска: продукты растительного, животного или микробного метаболизма, например, афлатоксины;

3. намеренно добавляемые в пищу химикаты: кислоты, пищевые добавки.

В основу разработки программы ХАССП приняты 12 процедур (Тр ТС 201/2011 ст. 10). Например, процедура описания технологических процессов производства пищи. Для ее реализации разработаны документы: семидневное меню, Сборник технологических карт приготовления пищи.

Определили перечень критических контрольных точек (ККТ) процесса приготовления – место проведения контроля для идентификации опасного фактора и (или) управления риском. ККТ определяют, проводя анализ отдельно по каждому показателю или группе показателей одного свойства и рассматривая последовательно все операции, включенные в блок-схему технологического или производственного процесса с целью предотвращения или устранения опасных факторов. Разработаны карты анализа опасностей к блок-схеме: № 1 «Приемка сырья и материалов», № 2 «Первые блюда (супы)», № 3 «Вторые блюда», № 4 «Салаты из вареных овощей», № 5 «Салаты из сырых овощей», № 6 «Выпечка», № 7 «Омлеты».

Установили критические пределы (критерии), разделяющие допустимые и недопустимые значения контролируемой величины по физическим, химическим и биологическим величинам, которые можно измерить для доказательства того, что ККТ находится под контролем (например, для тепловой обработки такие величины – это время, влажность, температура). Разработали предупреждающие действия для каждого опасного фактора и направленные на устранение возможности возникновения последствий, которые могут возникнуть при отсутствии

контроля. В число корректирующих действий вошли: определение местонахождения продукта, не соответствующего требованиям;

восстановление контроля над ККТ; исправление причины несоответствия для предотвращения повторения нарушения (поверка средств измерений, наладка оборудования и т. п.).

Разработали пакет документов для всех стадий и процедур программы риск-ориентированного внутреннего контроля работы пищеблока на основе принципов ХАССП: отчеты с обоснованием выбора потенциально опасных

факторов, результатами анализа рисков и выбора критических контрольных точек и определения критических пределов; рабочие листы ХАССП и др.

ВЫВОДЫ

Система риск-ориентированного внутреннего контроля работы пищеблока на основе принципов ХАССП не рассматривается как система отсутствия рисков. Она основана на определении и мониторинге уровней риска в критических контрольных точках, предназначена для их минимизации, вызванной возможными проблемами с безопасностью пищевой продукции.

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭПИДЕМИОЛОГА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕТА И РЕГИСТРАЦИИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Корнева,

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, г. Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Важнейшей характеристикой эпидемиологической безопасности медицинской помощи является заболеваемость инфекциями, связанными с медицинской помощью (ИСМП). Выявление и учет инфекционных осложнений является неотъемлемой частью эпидемиологического надзора в ЛПО. На основании полученных данных врач-эпидемиолог проводит эпидемиологическую диагностику, по результатам которой оценивает безопасность медицинского вмешательства с учетом особенностей лечебно-диагностического процесса в конкретном медицинском учреждении. Для понимания и оценки эпидемиологической ситуации в стационаре госпитальному эпидемиологу важно владеть достоверной информацией о всех случаях инфекционных осложнений, связанных с медицинской помощью. Важно установить ординарный уровень заболеваемости ИСМП в лечебном учреждении для контроля и своевременного выявления факта его изменения. Несмотря на то, что Санитарным законодательством РФ установлен порядок выявления, учета и регистрации инфекционных осложнений в лечебно-профилактической организации, врачи-клиницисты не всегда следуют установленным требованиям, не только в постановке диагноза инфекционного осложнения, но и в необходимости бактериологического исследования материала от пациента.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: применение унифицированной методики для контроля выполнения требований по выявлению и диагностике инфекционных осложнений (на основе стандартного определения случая), по выполнению требований регистрации и передачи информации (подача экстренного извещения), по выполнению стандарта микробиологических исследований при появлении клинических симптомов заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии (г. Челябинск) организован внутренний контроль качества безопасности медицинской деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг, принципами которого являются регулярность, объективность, целенаправленность, использование реально достижимых в конкретных условиях критериев качества, гласность, корректность, системность. Все эти критерии подходили для оценки качества выявления инфекционного осложнения. С учетом предыдущего опыта, анализа замечаний были выбраны критерии, по которым наиболее часто выявлялись нарушения. Врачом-эпидемиологом была разработана Карта экспертной оценки внутреннего контроля качества диагностики инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи, которая включает следующие разделы:

раздел 1 – данные о пациенте: номер истории болезни, отделение, сроки нахождения в отделении, сроки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, фамилии врача-кардиолога и хирурга, информация о проведенном оперативном вмешательстве, основной диагноз заболевания, дата и диагноз осложнения;

раздел 2 – дефекты формулировки диагноза осложнения: диагноз осложнения установлен без соблюдения стандарта, диагноз не установлен при описании признаков болезни, диагноз осложнения не установлен, признаки в истории болезни не описаны;

раздел 3 – дефекты в назначении и проведении бактериологических исследований: исследование не назначено; исследование назначено, но не проведено; исследование не назначено и не проведено при установлении диагноза осложнения;

раздел 4 – дефекты в регистрации осложнения: диагноз установлен, но не подано экстренное извещение; зарегистрирован в системе внутреннего контроля, экстренное извещение не подано;

раздел 5 – дефекты в качестве ведения истории болезни: диагноз осложнения не сформулирован в истории болезни лечащим врачом, отсутствует описание п/о рубца перед выпиской, отсутствует описание хирургом медицинской манипуляции.

Приказом по Федеральному центру сердечно-сосудистой хирургии были утверждены стандартные определения основных групп ИСМП, показания к проведению микробиологических исследований при различных

формах ИСМП. Врача-эпидемиолога обязали проводить экспертную оценку случаев инфекционных осложнений, случаев осложненного заживления послеоперационных ран в 100% случаев, о результатах проведенной экспертизы и выявленных дефектах информировать заведующих отделениями и представлять информацию для проведения заседаний Комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций не реже одного раза в квартал.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Экспертная оценка была введена с сентября 2014 года и уже по итогам 2015 и 2016 гг. показала положительные результаты: процент выявления всех незарегистрированных случаев ИСМП снизился с 33% в 2015 г. до 13% в 2016 г. Среди инфекций области хирургического разреза – с 40% в 2015 г. до 12% в 2016 г. Среди инфекций мочевыводящих путей, связанных с катетеризацией, – со 100% в 2015 г. до 35% в 2016 г. Общее число проведенных экспертиз в 2015 г. составило 96, а в 2016 г. – 131.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование Карты экспертной оценки внутреннего контроля качества диагностики инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи, позволило улучшить регистрацию и выявление ИСМП врачами-клиницистами, а врачу-эпидемиологу использовать дополнительный инструмент для объективного контроля регистрации и учета инфекционных осложнений в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И СХЕМА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Е.В. Чернова,

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск

Существует множество исследований, подтверждающих значение рук медицинского персонала как одного из основных факторов передачи инфекций в медицинских организациях (МО) и доказывающих необходимость обработки рук для предотвращения распространения инфекции в МО. Однако, если для хирургов и операционных медицинских сестер хирургическая обработка рук является безусловным профессиональным стереотипом, то для других категорий медицинского персонала гигиеническая обработка рук до сих пор относится к категории незначимых и лишних манипуляций. Система обеспечения гигиены рук медицинского персонала включает несколько компонентов, в частности, создание необходимых условий для обработки рук (снабжение необходимым количеством качественных антисептиков, удобное расположение раковин и дозаторов и т. п.), информирование персонала о значении рук в распространении инфекций в МО, обучение технике гигиенической обработки рук. К выше названным мерам можно отнести и бактериологический контроль качества гигиенической обработки рук, который проводится как для оценки эффективности проводимой обработки и выявления проблемных мест, так и для формирования мотивации у персонала к правильному проведению данной процедуры, особенно на этапе тотального внедрения системы улучшения качества гигиены рук медицинского персонала.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: оценка результатов и определение схемы проведения бактериологического контроля качества гигиенической обработки рук медицинского персонала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты бактериологического исследования 620 смывов с рук медицинского персонала ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1» после гигиенической обработки за период 2015–2017 гг. Получено 15 положительных результатов (2,4%). Учитывались случаи обнаружения *E. coli*, *S. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *C. freundii*. Отбор проб проводился сотрудниками эпидемиологического отдела и бактериологической лаборатории, сотрудниками «группы качества», старшими медицинскими сестрами после проведения инструктажа по технике выполнения отбора проб для микробиологического анализа. Исследовались смывы с

рук врачей анестезиологов-реаниматологов, медицинских сестер-анестезистов, медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии, процедурных и перевязочных медицинских сестер, врачей и медицинских сестер отделения новорожденных. Отбор проб и их бактериологическое исследование проводилось согласно МУК 4.2.2942-11. «Методы санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, воздуха и контроля стерильности в лечебных организациях».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2015 году администрацией ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1» было принято решение об усилении мер по улучшению качества гигиены рук медицинского персонала. В число проводимых мероприятий было включено проведение бактериологического контроля качества гигиенической обработки рук медицинского персонала.

При распределении полученных результатов по времени исследований установлено, что во II полугодии 2015 года (в начале мероприятий по улучшению качества гигиены рук медицинского персонала) исследовано 86 смывов с рук медицинского персонала, выявлено 10,5% положительных проб; в I полугодии 2016 года исследовано 127 смывов, выявлено две положительные пробы, что составило 1,6%; во II полугодии 2016 года исследовано 147 смывов, выявлено две положительные пробы, что составило 1,4%; в I полугодии 2017 года исследовано 260 смывов, выявлено две положительные пробы, что составило 0,8%. Снижение количества положительных результатов бактериологических исследований смывов с рук персонала в течение описанного периода может свидетельствовать о том, что комплекс мероприятий по улучшению качества гигиены рук эффективен, в том числе за счет формирования у сотрудников мотивации к проведению качественной обработки рук не только в связи с осознанием ими важности проблемы, но и вследствие административного воздействия.

Сотрудниками эпидемиологического отдела, бактериологической лаборатории и сотрудниками «группы качества» забрано 204 смыва, обнаружено 5,4% положительных проб. Старшими медицинскими сестрами отделений отобрано 416 смывов, обнаружен 1,0% положительных проб. Такое различие в количестве положительных

результатов после забора материала разными категориями специалистов можно объяснить более качественным отбором проб сотрудниками эпидемиологического отдела и бактериологической лаборатории, чем старшими медицинскими сестрами отделений (даже после проведения инструктажа по технике выполнения отбора проб для микробиологического анализа).

При анализе результатов по обследованным профессиональным категориям медицинского персонала установлено, что с рук врачей анестезиологов-реаниматологов исследовано 175 смывов, выявлено 5,1% положительных проб; с рук медицинских сестер-анестезистов исследовано 135 смывов, выявлено 3,7% положительных проб; с рук медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии исследовано 77 смывов, выявлено 1,3% положительных проб; с рук процедурных и перевязочных медицинских сестер, врачей и медицинских сестер отделения новорожденных исследовано 233 смыва, положительных проб не обнаружено. Выявленные различия позволяют выбрать профессиональные группы медицинских работников, на которые в первую очередь должно быть направлено внимание администрации для решения задачи по обеспечению качественной гигиены рук и, следовательно, предотвращению распространения инфекций посредством рук медицинского персонала.

ВЫВОДЫ

Таким образом, бактериологический контроль обработки рук является эффективным звеном системы мероприятий, проводимых администрацией больницы по улучшению качества гигиенической обработки рук медицинского персонала. Оптимальной представляется организация такого контроля не реже одного раза в шесть месяцев при условии отбора проб сотрудниками эпидемиологического отдела и бактериологической лаборатории. Профессиональными категориями медицинского персонала, требующими более пристального внимания в отношении соблюдения требований по гигиенической обработке рук на начальном этапе внедрения системы мероприятий по обеспечению качества гигиенической обработки рук медицинского персонала, являются врачи анестезиологи-реаниматологи и медицинские сестры-анестезисты. Однако для получения более полной информации о состоянии проблемы в конкретной медицинской организации требуется охватить подобными исследованиями другие категории медицинских работников, имеющие непосредственный контакт с пациентами (врачи всех профилей при проведении перевязок, осмотров пациентов и других рутинных процедур, палатные медицинские сестры, младший медицинский персонал, осуществляющий уход за больными).