

Современные подходы в обеспечении инфекционной безопасности и инфекционного контроля в организациях здравоохранения

Система инфекционного контроля

Каждый случай заболевания ИСМП влечет экономический ущерб в связи с увеличением затрат на пребывание пациента в стационаре, в том числе за счет койко-дней, в 2,5—3 раза, удорожанием лечения, ухудшением его результатов, а также увеличением доли летальных исходов и риском возникновения эпидемического осложнения в организации здравоохранения.

С целью снижения заболеваемости, летальности и экономического ущерба от ИСМП в организациях здравоохранения разрабатывается и реализуется система инфекционного контроля.

Инфекционный контроль — система мероприятий, базирующихся на результатах эпидемиологической диагностики эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения, адаптированных к конкретным условиям.

Система инфекционного контроля позволяет повысить качество медицинского обслуживания, обеспечить рациональное использование антибиотиков и, как следствие, предотвратить вспышки ИСМП, вызванные полирезистентными штаммами бактерий. Также посредством реализации программ инфекционного контроля обеспечивается снижение частоты внутрибольничного инфицирования и сокращение сроков госпитализации.

Для реализации системы инфекционного контроля в каждой организации здравоохранения приказом по учреждению создается комиссия по инфекционному контролю.

Комиссия по инфекционному контролю — организационная структура, обеспечивающая эффективное функционирование системы инфекционного контроля, включая эпидемиологическую безопасность выполнения профессиональных обязанностей медицинским персоналом.

Задачами комиссии являются:

- организация системы инфекционного контроля и охраны профессионального здоровья медицинских работников;
- повышение качества лечебно-диагностического процесса;
- определение приоритетных направлений в развитии стационара.

Функции комиссии по инфекционному контролю:

- разработка и внедрение программ и планов инфекционного контроля;
- решение вопросов необходимости и целесообразности обеспечения ресурсами мероприятий по инфекционному контролю;
- взаимоинформирование служб и подразделений организации здравоохранения, обеспечение необходимого их взаимодействия для решения проблем профилактики ИСМП;
- оценка эффективности работы системы инфекционного контроля и охраны профессионального здоровья медицинских работников;
- установление регламентов работы комиссии по инфекционному контролю.

В состав комиссии по инфекционному контролю входят:

- председатель (один из заместителей главного врача по лечебной работе);
- госпитальный врач-эпидемиолог и (или) помощник госпитального врача-эпидемиолога (или врач-эпидемиолог территориального центра гигиены и эпидемиологии ЦГЭ);
- главная медицинская сестра;
- врач-инфекционист;
- врач-профпатолог (или другой специалист, прошедший специальную подготовку по вопросам охраны профессионального здоровья медицинских работников);
- врач-бактериолог (заведующий микробиологической лабораторией стационара или врач-бактериолог территориального ЦГЭ);
- врач-хирург (заведующий одним из ключевых хирургических отделений);
- врач-терапевт (заведующий одним из ключевых терапевтических отделений);
- врач анестезиолог-реаниматолог (зав. реанимационным отделением);
- заведующий аптекой.

Председатель комиссии по инфекционному контролю:

- определяет приоритетные задачи инфекционного контроля;
- обеспечивает проведение заседаний комиссии;

- определяет ответственных за проведение отдельных мероприятий инфекционного контроля в соответствии с планом;
- анализирует эффективность мероприятий инфекционного контроля;
- анализирует результаты деятельности комиссии.

Госпитальный врач-эпидемиолог (врач-эпидемиолог территориального ЦГЭ):

- осуществляет эпидемиологическую диагностику инфекционных заболеваний в стационаре и анализирует причины возникновения ИСМП, разрабатывает мероприятия по их устранению;
- организует учет и регистрацию инфекционных состояний;
- осуществляет связь с органами Государственного санитарного надзора;
- организует эффективное эпидемиологическое наблюдение: разрабатывает программу эпидемиологического наблюдения, карты для сбора данных по программе эпидемиологического наблюдения, схему движения информации внутри стационара;
- ежемесячно анализирует результаты эпидемиологического наблюдения и докладывает их на заседаниях комиссии по инфекционному контролю;
- осуществляет проверку проведения противоэпидемических мероприятий в отделениях не реже одного раза в неделю (по результатам эпидемиологической диагностики);
- определяет перечень приоритетных антибиотиков и дезинфекционных средств, необходимых для приобретения;
- организует и контролирует проведение обучения медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля (составляет план-программу, в соответствии с которым проводится обучение и контроль усвоения знаний).

Эпидемиолог стационара должен иметь специальную подготовку или специализацию по госпитальной эпидемиологии и методам инфекционного контроля. При отсутствии в стационаре госпитального эпидемиолога его функции распределяются между другими членами комиссии по инфекционному контролю, врач-эпидемиолог территориального ЦГЭ выступает в роли эксперта и консультанта.

Главная медицинская сестра:

- организует проверку дезинфекционного режима отделений (ежедневная выборочная проверка не менее 1 % изделий после

предстерилизационной очистки, контроль качества стерилизации, оценка потребности в дезинфекционных средствах);

- оценивает потребность в расходных материалах;
- организует обучение медицинского персонала правилам проведения манипуляций и процедур (составляет план-программу, в соответствии с которым проводит обучение и контроль усвоения знаний);
- участвует в программе эпидемиологического наблюдения.

Заведующий хирургическим отделением:

- доводит до сведения сотрудников отделения решения ко миссии, организует реализацию инфекционного контроля в отделении: разрабатывает перечень ИСМП, характерных для организации здравоохранения, организует их учет и регистрацию в отделении, сбор и движение информации в соответствии с программой эпидемиологического наблюдения;
- участвует в программе обучения медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля;
- участвует в оценке качества медицинской помощи, доводит ее до сведения комиссии.

Заведующий аптекой:

- оценивает потребность в антимикробных препаратах, дезинфицирующих средствах, одноразовом медицинском инструментарии и расходных материалах на медицинское оборудование;
- контролирует стерильность лекарственных средств;
- оценивает потребность отделений в стерильных лекарственных формах и бесперебойное обеспечение ими.

В рамках реализации программы внедрения системы инфекционного контроля предусматривается выделение лиц, ответственных за выполнение конкретных элементов программы (особенно в отделениях высокого риска), и определение их функциональных обязанностей. Комиссия по инфекционному контролю может разработать дополнительные функции и обязанности для других членов комиссии.

Реализация инфекционного контроля позволяет:

определить истинные уровни внутрибольничной заболеваемости;
своевременно выявить повышение частоты спорадических случаев инфекции, что позволит предотвратить внутрибольничные эпидемические осложнения;

своевременно выявлять причины и факторы, влияющие на заболеваемость госпитальными инфекциями;

эффективно воздействовать на причину развития заболеваний путем проведения комплекса санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий;

принимать обоснованные управленческие решения по профилактике заболеваемости госпитальными инфекциями.

Система инфекционного контроля должна разрабатываться в каждом учреждении с учетом его профиля, числа структурных подразделений и специфики их работы, а также финансовых и материальных ресурсов.

Микробиологическое обеспечение инфекционного контроля

Все организации здравоохранения должны обеспечивать своевременное и полное проведение производственного микробиологического контроля за внешней средой стационара и мониторинг циркуляции внутрибольничных инфекционных заболеваний среди пациентов и персонала. Микробиологические исследования проводятся в собственной микробиологической лаборатории, способной выполнять микробиологические исследования необходимого качества и в полном объеме. При отсутствии микробиологической лаборатории организация здравоохранения заключает договор с другой микробиологической лабораторией, имеющей аттестат аккредитации на данные исследования.

Микробиологическая лаборатория должна обеспечивать выделение и проведение идентификации возбудителей ИСМП (видовую и внутривидовую), определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, применяемым в организации здравоохранения, и другим антимикробным средствам.

Требование к использованию СО, СИЗ, проведению антисептики кожи рук

При выполнении работ в операционных для трансплантации органов и тканей, проведения высокотехнологичных и сложных хирургических операций, в родильных залах перинатальных центров, асептических палатах, отделениях анестезиологии и реанимации и при необходимости в других помещениях работники должны обеспечиваться стерильными (нестерильными) одноразовыми комплектами медицинской одежды.

Время использования одного комплекта медицинской одежды, в том числе стерильной, должно быть:

в операционных – в течение времени выполнения хирургического медицинского вмешательства;

в родовых палатах и залах – в течение времени приема родов у одной роженицы;

в асептических палатах и асептических палатках, отделениях анестезиологии и реанимации, других помещениях организаций, требующих высокого уровня асептики, секционном зале патологоанатомической организации – в течение рабочей смены.

Работниками организаций должна использоваться сменная обувь, изготовленная из материалов, допускающих ее дезинфекцию.

Работники организаций должны находиться на рабочих местах в чистой СО и сменной обуви, СИЗ органов дыхания, глаз в соответствии с требованиями настоящих специфических санитарно-эпидемиологических требований.

Смена СИЗ, СО при загрязнении осуществляется незамедлительно.

Работники организаций должны закрывать головным убором волосы:

при проведении медицинских вмешательств на поврежденных (сопровождающихся повреждением) коже и слизистых оболочках пациентов;

при оказании стоматологической медицинской помощи;

при выполнении работ по стерилизации медицинских изделий;

при приготовлении, получении и раздаче пищи, кормлении пациентов;

при выполнении работ по сбору, транспортировке и сортировке грязного белья;

при изготовлении, фасовке и контроле качества лекарственных средств;

в иных случаях, предусмотренных настоящими специфическими санитарно-эпидемиологическими требованиями.

Работники организаций должны:

использовать СИЗ органов дыхания в соответствии с рекомендациями производителя при выполнении работ, связанных с риском образования аэрозолей, с риском неблагоприятного воздействия химических факторов на органы дыхания, при работе с пациентами с инфекционными заболеваниями с аэрозольным механизмом передачи, по эпидемическим показаниям;

использовать СИЗ глаз в соответствии с рекомендациями производителя при выполнении работ, связанных с риском попадания биологических жидкостей на слизистую оболочку глаз, с риском неблагоприятного

воздействия химических и физических факторов на орган зрения, в иных ситуациях;

проводить замену перчаток сразу при повреждении их целостности. В случае загрязнения перчаток биологическими жидкостями допускается завершить проводимое у пациента медицинское вмешательство при наличии медицинских показаний.

Для индивидуальной защиты работников ПТО должны использоваться респираторы с соответствующей степенью фильтрации.

Работники ПТО в контаминированной зоне, а также при нахождении в одном помещении с бациллярным пациентом должны использовать респиратор.

В ПТО респиратор также должен использоваться:

медицинскими работниками при контакте с бациллярными пациентами или пациентами с высокой вероятностью туберкулеза органов дыхания;

немедицинскими работниками в случае нахождения в одном помещении (транспорте) с бациллярным пациентом;

родственниками бациллярных пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии;

иммунокомпрометированными пациентами при вероятности трансмиссии туберкулеза.

При нахождении в помещениях контаминированной зоны используется респиратор FFP2 или N95.

Респираторы класса не ниже FFP3 или N99 используются при:

обработке мокроты и другого инфицированного материала в бактериологической лаборатории;

стимуляции мокротоотделения;

выполнении бронхоскопии;

экстубации и переводе пациента на спонтанное дыхание по окончании оперативного вмешательства;

проведении аутопсии и обработке резекционного материала.

Работники организации должны использовать стерильные медицинские перчатки:

при медицинских вмешательствах, в ходе выполнения которых возможен контакт со стерильными полостями и зонами организма пациента;

при проведении хирургических медицинских вмешательств, перевязок и операций;

при родоразрешении;

при проведении инвазивных рентгенологических медицинских вмешательств;

при доступе к магистральным сосудам и проведении медицинских манипуляций;

при проведении эндоскопических медицинских вмешательств, связанных с контактом медицинских изделий с интактными слизистыми оболочками (цистоскопия, артроскопия и другие), не исключаяющих их вероятное повреждение;

при санации трахеобронхиального дерева у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких с открытым дыхательным контуром;

по эпидемическим показаниям.

Работники организации должны использовать нестерильные медицинские перчатки:

при контакте с кровью пациента;

при контакте с неповрежденными слизистыми оболочками пациента;

при подозрении на наличие у пациента заболеваний кожных покровов;

при постановке или удалении периферических венозных катетеров;

при внутривенном введении лекарственных средств;

при заборе крови;

при разъединении систем для внутривенного вливания;

при обследовании органов полости таза и влагалища;

при проведении диагностических эндоскопических медицинских вмешательств (фиброгастроскопия, колоноскопия, бронхоскопия и других);

по эпидемическим показаниям.

Работники организации должны использовать защитные перчатки при:

проведении уборок;

контакте с моющими и дезинфицирующими средствами и растворами;

опорожнении емкостей с биологическими жидкостями;

проведении работ по дезинфекции;

проведении работ с медицинскими отходами и других работ.

Работники организаций не должны использовать одну и ту же пару одноразовых медицинских перчаток при:

оказании медицинской помощи разным пациентам;

контакте и (или) осуществлении ухода за разными пациентами;

переходе от контаминированного участка тела пациента к чистому участку.

Работники организаций должны:

мыть руки;

проводить гигиеническую и хирургическую антисептику кожи рук;

проводить уход за кожей рук с использованием кремов, лосьонов, бальзамов (далее – средства для ухода за кожей рук) для снижения риска возникновения контактных дерматитов;

при проведении медицинских вмешательств, раздаче лекарств, пищи, осмотре и уходе за пациентом, мануальных исследованиях, изготовлении, фасовке и контроле качества лекарственных средств коротко подстригать ногти, не носить искусственные или нарощенные ногти, кольца, перстни и другие украшения. Перед гигиенической и хирургической обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и другие украшения.

Работники организаций должны обеспечиваться жидким мылом, антисептиками, средствами защиты кожи и средствами для ухода за кожей рук.

Жидкое мыло и антисептики должны быть легкодоступными для работников на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Необходимо размещать в удобных для применения работниками местах (у входа в палаты, у кровати и в других местах) дозирующие устройства с антисептиками для обработки кожи рук.

Работники организаций должны выполнять гигиеническую антисептику кожи рук:

перед контактом и после контакта с неповрежденной кожей и слизистыми оболочками пациента, в том числе при переходе от контаминированного участка тела пациента к чистому;

перед и после контакта с объектами внешней среды, находящимися в окружении пациента;

перед надеванием перчаток для проведения медицинского вмешательства;

после снятия перчаток;

после контакта кожи рук с биологическими жидкостями пациента.

Хирургическую антисептику рук должны проводить медицинские работники, являющиеся членами хирургической бригады, перед проведением операции.

Для проведения гигиенической и хирургической антисептики рук, обработки операционного и инъекционного полей должны использоваться антисептики в соответствии с инструкциями производителя.

Требование к проведению санитарной обработки пациента, лица, осуществляющего уход

При проведении санитарной обработки пациента, лица, осуществляющего уход, в отделениях больничной организации должны соблюдаться следующие требования:

необходимо использовать мыло или шампунь в одноразовой расфасовке или в дозирующем устройстве, чистую мочалку однократного применения или продезинфицированную многократного применения;

для удаления волос используются бритвенные принадлежности одноразового или индивидуального применения. При необходимости удаления волос перед операцией используются депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы пациента;

использованные для каждого пациента мочалки, машинки для стрижки волос, кусачки и ножницы для ногтей необходимо дезинфицировать;

после мытья пациента ванну необходимо очищать и дезинфицировать.

После проведения санитарной обработки пациенту, лицу, осуществляющему уход, в случае необходимости предоставляется:

чистое полотенце;

чистое нательное белье (пижама), халат;

сменная обувь, выполненная из материалов, подвергаемых дезинфекции.

При госпитализации пациент, лицо, осуществляющее уход, могут использовать:

личное чистое белье и одежду;

личную сменную обувь, посуду;

предметы личной гигиены.