

«МАЛЕНЬКИЕ» ОШИБКИ С «БОЛЬШИМИ» ПОСЛЕДСТВИЯМИ

МОСКВА

Авдюгина А. Л.

Клиники №1 ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер»



ЦЕЛЬ СТАТЬИ

1. Сконцентрировать внимание медицинского персонала на наиболее часто встречающихся ошибках («маленьких») в своей работе, которые могут привести к большим (необратимым) последствиям.
2. Организовать работу медицинской сестры так, чтобы повысить качество оказания медицинской помощи.
3. Обратит внимание руководителей на объемы выполняемой работы медицинской сестрой, для дальнейшей реструктуризации отделения и введения в штат дополнительных ставок по проведению дезинфекции эндоскопического оборудования и дальнейшего обеспечения высокой производительности и качества оказания медицинской помощи.
4. Уменьшить риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Для решения поставленных задач своей статье я буду опираться на Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» приложение № 37, приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 31.05.1996 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», Приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарствен-

ных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.08.2013 N29404); Методические указания «МУ 3.1.3798-22. 3.1. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях. Методические указания», утвержденных руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Поповой А. Ю. 25 ноября 2022 года.

Одной из важнейших проблем является частота ошибок, которые могут возникать в рутинной работе. Из-за большой загруженности, средний медицинский персонал очень часто перестает видеть ошибки, которые совершает при выполнении своих должностных обязанностей, только потому что более чем в 90% случаев мы не видим пациентов и не можем оценить его состояние после проведения исследования. Со временем эти ошибки становятся систематическими, а их последствия необратимыми. Звучит довольно пугающе, хотя на практике кажется, ничего страшного нет.

Сегодня мне бы хотелось поговорить с вами не только о тех последствиях, которые могут быть, а о тех которые мы совершаем в рутинной ежедневной работе.

Работа медицинской сестры – это, по сути, тыл врача. И от работы медицинской сестры зависит качество оказания медицинской помощи. Медицина движется в перед, и задача медицинской сестры в эндоскопии обеспечить безопасность врача, которому ассистируем, пациенту и конечно себе.

Начнем, пожалуй, с самых простых и потихоньку будем двигаться к сложным, наиболее важным и уже наболевшим проблемам.

1. **Ведение медицинской, учетно-отчетной документации.** В нашем распоряжении небольшой перечень медицинской документации. И здесь важно не систематически (читай автоматически), а чаще бездумно, вносить записи, не понимая, что это важный документ, который мы заполняем в том числе и для «прокурора».

Итак, типичные ошибки:

1.1 Журнал регистрации исследований, выполняемых в подразделении эндоскопии (отделе, отделении, кабинете). Смотрим приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 31.05.1996 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», (форма 157/у-96) (Табл. 1).

Очень часто журнал не соответствует утвержденной форме, отсутствуют и/или заменены нужные графы на другие. Но официальные документы указывают нам на утвержденную форму заполнения и важность внесения именно этих данных. Многие оставляют большие пробелы между записями и порой делается всего одна запись на целый лист,

Табл. 1

Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии	157/у-96	A4	Журнал в обложке	5 лет

Табл. 2



Код формы по ОКУД _____
 Код формы по ОКПО _____
 Медицинская документация
 Форма № 157/у-96
 Утверждена Минздравмедпромом
 России
 от 31.05.96. № 222

**ЖУРНАЛ
 РЕГИСТРАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕ,
 ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ ЭНДОСКОПИИ**

№ п/п	Дата исследования	Фамилия, имя, отчество исследуемого	Год рождения	Домашний адрес	Кем направлен: учреждение, отделение, врач, № истории болезни, амб. карты	Клинический диагноз	Метод исследования	Заключение	Особые отметки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

что ведет за собой перерасход бумажных носителей, а также возможность внести любую запись на любого пациента. Кажется мелочь, но все начинается именно с таких мелочей (Табл. 2).

Например, в данном журнале не просто так прописаны «Фамилия, Имя, Отчество» – это говорит нам о том, что нужно прописывать информацию полностью, без сокращений. В первую очередь это нужно для того, чтобы не перепутать пациентов, так как очень часто у нас бывают не только однофамильцы, но и полные тезки, фамилии, которые могут созвучны.

Например, «Иванов С.С.» и «Иванов С. С.» – казалось бы при сокращении это один человек, но по факту «Иванов Сергей Степанович» и «Иванов Станислав Сергеевич» разные люди.

Некоторые могут мне возразить, что дальше есть графа для внесения «год рождения», но всегда есть одно большое «НО» – это человеческий фактор. Медицинская сестра которая отработала смену в операционной, провела предварительную очистку, тест на герметичность, окончательную очистку, азапирамовую\фенолфталеиновую пробу, дезинфекцию высокого уровня, упаковала и отправила на хранение эндоскопическое оборудование (таких исследований за день на одну медицинскую сестру могут быть десятки), провела предварительную, текущую

и заключительную уборку (огромный объем работы), просто устала и все пациенты для нее уже на одно лицо, палец может дрогнуть, соскочить с нужной строчки и вот мы уже получили две абсолютно идентичные записи, и попробуй потом разберись с Ивановыми С. С. 1.2. Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом и журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств. Читаем Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» приложение № 37 и приложение № 34 соответственно (Табл. 3, 4).

Начнем с конца, контроль обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, как правило никогда не заполняется в процессе обработки, всё по окончании рабочего дня. И здесь возникает проблема, как отследить время?! Кто-то запишет поэтапно время на листочек, а кто-то и этого не сделает, потому что «хорошая память», а потом примерно, «на глаз» внесет временные интервалы.

Допустим в этом плане будет проще тем, у кого есть моечно-дезинфекционная машинка (далее – МДМ), по итогу обработки она распечатает чек и у нас будет время загрузки эндоскопа в МДМ и время окончания дезинфекции высо-

Табл. 3

Дата и время	Наименование стерилизуемых изделий	Номер медицинской карты стационарного больного	Наименование стерилизующего средства	Режим стерилизации			Время завершения стерилизации и упаковки эндоскопа	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора
				Температура раствора	Концентрация раствора и результат экспресс-контроля уровня содержания ДВ в нем	Экспозиция		

Табл. 4

Дата	Код эндоскопа	Тест на герметичность	Окончательная очистка			Тест на качество очистки	Дезинфекция высокого уровня						Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора
			Наименование средства	Время начала	Время окончания		Ручной способ			Механизированный способ			
							Наименование средства ДВУ	Температура рабочего раствора	Концентрация раствора и результат экспресс-контроля уровня содержания ДВ в нем	Время начала/окончания дезинфекционной выдержки	Номер МДМ	Номер режима обработки	

Табл. 3

Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход			Всего за месяц по приходу с остатком	Расход			Всего расход за месяц	Остаток по журналу учета на конец месяца	Фактический остаток на конец месяца	Подпись уполномоченного лица
		От кого получено	№ и дата документа	Количество		Кому отпущено	№ и дата документа	Количество				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Январь												
Февраль												
Март												
Апрель												
Май												
Июнь и т.д.												

кого уровня (далее – ДВУ). Ну а все остальное время просчитать достаточно легко, мы знаем на какое время погружаем в раствор для дезинфекции эндоскоп, сколько длится ополаскивание, тесты и вот мы пришли ко времени окончания исследования. Это то самое время, которое должно фиксироваться в протоколе врачебного заключения. Таким образом у нас есть время начала и окончания исследования.

Но, к сожалению, многие не используют информацию из чека МДМ, кто-то обрабатывает эндоскопы вручную и не фиксирует время, а в итоге проводится приблизительный подсчет времени. Например, часто бывает так, что отделение закончило исследование фактически в 14:00, а по результатам журнала в 17:45. Сразу возникает вопрос, каким было качество проведенной окончательной и предварительной очистки ДВУ? Явно был сбой, но на каком этапе?! И сбой ли это? А может быть это и есть ежедневная, систематическая работа, та самая «маленькая» ошибка, которая в последствии приведет

к большим проблемам у пациента. А ведь многим из нас не важно, что будет потом. Пациент от нас ушел и дальнейшая его судьба нам неизвестна. А кому-то просто нужно быстрее закончить свою работу. И здесь мне всегда хочется привести пример, который я постоянно привожу.

Представим ситуацию. Вы стоите за операционным столом с 7/8:00 до 15/16:00, огромный поток пациентов, вам даже на минуту некогда отойти. И вот вы вспомнили, в кабинете карма-

не, у вас лежит леденец, вы решаете его съесть. Вдруг поперхнулись, леденец попадает в трахею, и следующий пациент на операционном/манипуляционном столе это Вы! Как вы поможете эндоскоп для СЕБЯ?! Будете ли вы при этом помнить, что пациенты иногда врут и анализы у них не всегда «правильные», может у пациента до вас была одна из неприятных инфекций (гепатит, сифилис, ВИЧ). А вы плохо промыли эндоскоп, нарушили очередность, время экспозиции, плохо прочистили канал, и как итог, что мы имеем для СЕБЯ!? *Авось все обойдется, или нет!?*... Так значит, что, какой напрашивается вывод? Каждый эндоскоп моем и дезинфицируем, как для себя!

Отсюда всегда возникает наболевшее, надо освободить медицинскую сестру от проведения дезинфекции эндоскопов, для этого совместными усилиями с руководством обсудить возможность ввода в штат отделения/отдела/кабинета должности работника (медицинская сестра/техник), который пройдет обучение на рабочем месте, который будет полностью от «А» до «Я» отвечать персонально за данный процесс.

Особенно эффективно и обосновано это будет, если у вас в медицинском учреждении большое количество исследований и ваша медицинская сестра действительно не успевает все делать одна. На ней и так лежит большое количество обязанностей, требований, которые она должна делать и неукоснительно соблюдать. Эндоскопические медицинские сестры, как многорукое божество Шива. У него восемь рук, а в эндоскопии медицинской сестре и десяти будет не хватать,

чтобы все успеть сделать. При этом, очень часто этого огромного объема работы никто не видит.

1.3. Последний и не менее важный журнал в нашем отделении – это журнал учета спирта. Снова обращаемся к нормативным документам. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.06.2013 № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения» (Табл. 5).

Первая наша проблема состоит в том, что не все ведут утвержденную форму журнала для учета этилового спирта, журналы ведутся, но «по старинке». А вторая наша проблема состоит в том, что аптеки в медицинских организациях получают спирт во флаконах и миллилитрах, выдают в отделения во флаконах и миллилитрах, все по накатанной, списание проводится в миллилитрах. А согласно приказу списание спирта проводится в граммах и учет ведется тоже в граммах. Но все продолжают списывать в миллилитрах просто потому, что так удобно. И никто в отделениях не выписывает внутреннее требование у старшей медицинской сестры для дальнейшего учета спирта, хотя этого требует приказ.

2. Этапы проведения предварительной и окончательной очистки и Дезинфекции Высокого Уровня эндоскопов (ДВУ)

2.1. Первое и обязательное – наличие в процедурном кабинете емкостей для проведения предварительной очистки с дезинфицирующим средством. Согласно Методическим рекомендациям после проведения исследования мы должны очистить внутренний канал эндоскопа поочередно, сначала дезинфицирующим средством – воздухом, потом водой – воздухом. На один эндоскоп используется 200 мл дезинфицирующего средства.

2.2. Сразу возникает вопрос какое дезинфицирующее средство использовать для про-

ведения предварительной и окончательной очистки. В первую очередь мы отталкиваемся от рекомендаций производителей эндоскопов. Дезинфицирующие средства, которые прошли испытания на тех или иных эндоскопах и зарекомендовали себя с лучшей стороны. Но если с этим возникли проблемы, тогда мы отталкиваемся от Методических рекомендаций. И здесь самое главное, быть очень внимательными и не идти на поводу у руководства и красивой рекламы. Так как эта наша область работы мало кому знакома и понятна, нам самим нужно изучить каждое дезинфицирующее средство, апробировать, сдать смывы, получить отрицательный результат, и только после этого приступать к закупке и смене средств. И вот снова совместная работа с руководителями учреждения изучение всей информации в целесообразности использования того или иного дезинфицирующего средства, выбор тех дезинфицирующих средств, которые регламентированы санитарными нормами и методическими рекомендациями. Так как многие из них в эндоскопии категорически запрещены.

И вот тут у нас возникает еще одна проблема, при использовании нерегламентированных дезинфицирующих средств, с «Большими» последствиями – Фиксация. Фиксация всего, чего только можно, на рубашке и внутренних каналах эндоскопов. У нас появляются биопленки, которые содержат в себе все, что до этого было у пациента. Во время исследования следующего пациента, «это все» мы раствором можем смыть в пациента, биопсийными щипцами снять и снова отправить в пациента, который ничего не подозревает. Да в принципе, как и врач, который делает исследование. А потом у наших пациентов возникают «Большие» проблемы – которых мы с вами не видим, не касаемся. В итоге страдает человек.

2.3. Использование щеток для очистки внутреннего канала эндоскопа. Не для кого не секрет и мы все прекрасно знаем, что наше финансирование не позволяет нам использовать одноразовые щетки, и одноразовый расходный материал используется как правило многократно. В таких ситуациях, на мой взгляд, лучше всего использовать многоразовые щетки, которые после исследования будут подвергаться дезинфекции с последующей стерилизацией. Как показывает личный опыт, при правильном проведении техники работы,

этих щеток хватит очень на длительное время. Что может оказаться безопаснее для пациента и для нас с вами в работе, и при этом, финансово выгоднее для учреждения. Тот самый счастливый случай, когда «и волки сыты, и овцы целы».

2.4. Отсутствие и недостаточное количество емкостей для проведения Предварительно Очистки (ПО) и Окончательной Очистки (ОО) эндоскопов приводит к тому, что медицинский персонал в своей практической работе использует емкости, не предназначенные для дезинфекции (малого объёма, стеклянные, пластиковые, но низкого качества). *Одним словом, не выдерживающие работу с дезинфицирующими средствами.*

2.5. Что же касается **Дезинфекции Высокого Уровня эндоскопов (ДВУ)**, то здесь мы почти все перешли на автоматический метод обработки. И здесь у нас возникают больше технические проблемы, которые, по сути, от нас не зависят. Многие медицинские организации не задумываются о том, что ЭТО необходимо, вот снова нужно обсуждать с руководством как решить данную проблему. В каждом моечно-дезинфекционном помещении должна быть приточно-вытяжная вентиляция, которая будет обеспечивать полноценную и качественную вытяжку испарений дезинфицирующих средств, как над местом проведения ОО, так и над ДВУ. Это в первую очередь, наша с вами безопасность.

Следующее – водоподготовка. Казалось бы, моюще-дезинфицирующая машина (МДМ) обеспечивает нас защитой, но нет. Не все так просто. Водоподготовка должна быть обязательной, как для подачи воды для проведения ОО, так и для ДВУ. Водные фильтры **ОБЯЗАТЕЛЬНО** должны быть установлены в моечно-дезинфекционном помещении и обеспечивать нам качественную водоподготовку. И вот тут, после установки водных фильтров, необходимо не забыть об их техническом обслуживании и регулярной сдаче смывов, согласно санитарным правилам.

На самом деле, в нашей с вами совсем «незаметной» работе, еще очень много всего, чего я не коснулась в этой статье. Того, что никто не видит и мы сами порой не обращаем внимания, а ведь именно эти моменты важны в нашей работе, которые в свою очередь уменьшат риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Я же в свою очередь делюсь своим опытом и своими наблюдениями. И надеюсь, что многие из вас, кто прочитает мою статью, посмотрит на свою работу с новой точки зрения, как говорится под «другим углом». А руководство обратит наконец на нас свое внимание и поможет нам обеспечить условия для качественной работы. Что в итоге непременно повысит эффективность оказания медицинской помощи. Мы всё обязательно с вами обсудим. До новых и скорых встреч!