

Обеспечение инфекционной безопасности. Мировые стандарты. Российская практика. Специфика ВБИ в эндоскопии. Пути решения

Распространение внутрибольничных инфекций (ВБИ) является одной из неразрешённых проблем современного здравоохранения. Под угрозой заражения бактериями, имеющими повышенную сопротивляемость к лекарственным препаратам, находятся не только госпитализированные пациенты, но и медицинский персонал. Поэтому наряду с основными задачами обеспечение инфекционной безопасности в медицинских учреждениях занимает особое место в процессе модернизации российской и международной систем здравоохранения.

Согласно официальной международной статистике:

Ежегодно в Европейском союзе регистрируются 4,1 миллиона случаев заражения персонала или пациентов внутрибольничной инфекцией, 37 000 случаев из которых, к сожалению, заканчиваются летальным исходом.

В США, по данным Центра контроля заболеваемости [Center for Disease Control (CDC),] в 2007 году от ВБИ погибло 99 000 человек, что сравнимо с количеством погибших от ВИЧ-инфекции, рака или в автомобильных катастрофах.

Не менее плачевна статистика и в Юго-Восточной Азии, где, по данным Всемирной организации здравоохранения, наблюдаются наиболее частые вспышки ВБИ – 10% всех больных, что не сильно отличается от статистики Европы – 7,7% всех больных.

Согласно официальной статистике, ежегодно в Российской Федерации регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев внутрибольничной инфекции (ВБИ), однако, по расчетным данным, эта цифра в 40–50 раз выше. В результате выборочных исследований выяснилось, что ВБИ переносят до 8% российских пациентов, то есть до 2,5 млн человек в год. По оценкам экспертов, минимальный экономический ущерб в России, наносимый ВБИ, ежегодно составляет 5 млрд рублей.

В хирургических стационарах в России, по материалам официальной регистрации, частота ВБИ составляет 0,2–0,3%, в то время как по данным специальных исследований – 15–18%. ВБИ преимущественно регистрируются в родовспомогательных учреждениях (34,1%) и хирургических стационарах (28,7%). Далее следуют стационары терапевтического профиля (18,7%) и детские стационары (10,5%). В

амбулаторно-поликлинических учреждениях зарегистрировано 8,0% случаев ВБИ.

В структуре ВБИ ведущее место занимают гнойно-септические инфекции (ГСИ), доля которых составляет от 60 до 85%. На хирургические стационары приходится около 92% случаев ГСИ.

Распространение нозокомиальных инфекций крайне трудно ограничить или полностью предотвратить. Как показывает российская и международная практика, факторами передачи инфекции являются не только руки и медицинские инструменты, но также окружающая среда и предметы больничного обихода.

Актуальность и значимость ВБИ, государственный масштаб проблемы требуют разработки на федеральном и региональных уровнях специальных целевых программ, предусматривающих комплекс мероприятий по профилактике ВБИ. Однако подобная практика на территории РФ установилась относительно недавно, и, к сожалению, по сравнению с развитыми европейскими нормами, контролирующими и предупреждающими ВБИ, мы несколько отстаем.

Уже в 1997 году Центр контроля и предотвращения заболеваний США (CDC) совместно с Американским агентством по интернациональному развитию (USAID) разработали первый международный документ, регламентирующий порядок проведения предупреждающих действий для снижения риска возникновения внутрибольничных инфекций. В России фактически до 2007 года не было разработано единого документа, посвященного борьбе с ВБИ. В постсоветском пространстве существовали отдельные разрозненные приказы, которые регулировали ВБИ в отдельно взятых сферах здравоохранения. В качестве примера можно привести Приказ Минздрава РФ от 26.11.97 № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах». И только пять лет спустя, после выхода в 2003 г. первого СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях» был разработан первый документ, направленный на предупреждение и борьбу с ВБИ – СП 3.1.2485-09 от 13 февраля 2009 г. «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций».

Особенностью международных стандартов является глубокая детализация и адаптация в зависимости от сферы здравоохранения, которая нормируется в данном документе и методических рекомендациях и законах страны.

В качестве примера можно привести эндоскопическое направление, где на сегодняшний день существует большое количество международных профессиональных сообществ:

Всемирная организация гастроэнтерологов (WGO).

Центр контроля и предотвращения заболеваний США (CDC).

Сообщество гастроэнтерологических сестер (SGNA).

Американское общество гастроэнтерологических эндоскопистов (ASGE).

Британское сообщество гастроэнтерологов (BSG).

Все эти сообщества имеют большой профессиональный вес, более того некоторые из них влияют на разработку локальных официальных документов других стран, таких как, например, Российский СанПин.

На Европейском рынке также существуют стандарты качества (ISO), разрабатываемые ведущими специалистами различных областей здравоохранения, которые в дальнейшем являются обязательными для исполнения производящими компаниями, что задает направление дальнейшего развития местного здравоохранения. Эти стандарты являются блокирующим документом, не позволяющим некачественной продукции поступать на европейские рынки медицинских изделий. На российском рынке, к сожалению, подобная практика не поддерживается.

Сегодняшние технологии диагностики во многом более агрессивные и большинство из них – инвазивные. Одна из наиболее динамично развивающихся технологий – гибкая эндоскопия. В условиях расширения спектра диагностических процедур риск распространения инфекций наиболее высок. В 94,1% ЛПУ процесс обработки эндоскопов проводится вручную медицинской сестрой эндоскопического кабинета в дополнение к остальным должностным обязанностям. В данной ситуации невозможно обеспечить соблюдение поточности и выполнение всех этапов обработки эндоскопов, соблюдение асептики и необходимой экспозиции при обработке оборудования.

Автоматические моечно-дезинфицирующие системы, являющиеся необходимой составляющей оснащения эндоскопического кабинета, имеются только в 152 медицинских учреждениях (5,9%), причем некоторые модели применяемых моечно-дезинфицирующих установок не соответствуют современным требованиям.



Оснащение моечных эндоскопических отделений должно быть комплексным, соответствующим основным положениям письма Г.Г. Онищенко №01/14112-8-32 от 01.12.2008 «О совершенствовании мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности манипуляций гибкими эндоскопами» и обеспечивать минимальные требования к моечно-дезинфицирующим системам:

наличие обязательных программ обработки (тест на герметичность, очистка, ополаскивание, сушка, ДВУ, ополаскивание, сушка);

возможность мониторинга критических параметров процессов очистки, ДВУ, ополаскивания и сушки эндоскопа;

наличие эффективных антимикробных фильтров для воды, предотвращающих вторичную контаминацию эндоскопа;

наличие режима самодезинфекции МДМ, предусматривающего дезинфекцию всех внутренних узлов аппарата;

экономичный расход моющего и дезинфицирующего средства;

универсальность обработки для всех моделей эндоскопов основных фирм производителей (Olympus, Pentax, Fujinon);

простота и удобство работы с системой (наличие русского меню, вертикальная загрузка эндоскопов, цветовая и звуковая индикация работы системы и т.п.).

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях. СП 3.1.1275-03», устанавливающим требования к организационным, гигиеническим и противоэпидемическим мероприятиям, обработка эндоскопов и инструментов к ним подразумевает последующее хранение в асептических условиях в специализированных шкафах.

Пункт 3.13. Хранение эндоскопов между манипуляциями у пациентов осуществляют в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Пункт 4.4.12. Проздезинфицированный или простерилизованный эндоскоп, простерилизованные инстру-



менты хранят в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами, в специальном шкафу.

На основании письма Г.Г. Онищенко №01/14112-8-32 от 01.12.2008 «О совершенствовании мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности манипуляций гибкими эндоскопами» хранение эндоскопов между рабочими сменами в открытом виде или в нестерильных простынях является недостаточным и приводит к их повторной контаминации.

Данные системы должны обладать минимально необходимыми характеристиками, такими как:

температура подаваемого в каналы эндоскопа воздуха не должна превышать 45°C, что является рекомендуемой температурой сушки производителями эндоскопов;

наличие режима кондиционирования продолжительностью не менее 72 часов — для обеспечения асептического хранения в выходные дни;

наличие механизмов предотвращения повторной контаминации эндоскопа (внешний поток воздуха);

наличие удобной загрузки/выгрузки эндоскопов за счет открытия дверей на 180°;

возможность хранения эндоскопов в вертикальном положении, что рекомендовано производителями эндоскопов;

иметь системы подсветки и индикации;

иметь НЕРА фильтры для антибактериальной фильтрации воздуха;

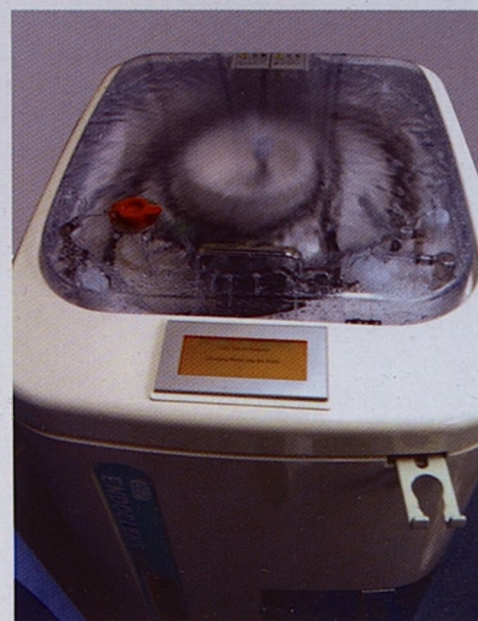
позволять хранить различные модели эндоскопов без ограничения по их длине.

Технология антибактериальной очистки воды и воздуха, контактирующих с эндоскопами во время их обработки в автоматической моечной машине, а также во время сушки и хранения в системе для сушки и асептического хранения гибких эндоскопов позволяет реализовать в эндоскопическом отделении современную концепцию CAIC — Continuous Automated Infection Control (непрерывный автоматизированный инфекционный контроль) в эндоскопии.

Особенностью данной технологии является применение специальных систем фильтрации воды и воздуха, которые, в свою очередь, контактируют с эндоскопа-

ми. Данные системы фильтрации интегрированы в моечно-дезинфекционное оборудование и в системы сушки и хранения эндоскопов. Технология CAIC реализована таким образом, чтобы исключить вероятность случайного повторного загрязнения эндоскопа после проведенной очистки и дезинфекции на всем протяжении хранения, вплоть до следующего использования эндоскопа.

Комплексное предложение от ASP Johnson&Johnson для оснащения моечных эндоскопических отделений эффективно реализует эту концепцию на практике. Отдельное внимание следует уделить транспортировке эндоскопов, т.к. в неприспособленных емкостях она неудобна и может послужить причиной поломки дорогостоящего эндоскопа, в таких емкостях невозможно гарантировать асептику. Поэтому системы для транспортировки и кратковременного хранения эндоскопов являются простым и эффективным решением данной проблемы, замыкающим процесс обработки, хранения и транспортировки эндоскопов в единую технологию CAIC.



ЛИТЕРАТУРА

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1275-03

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций».

Изменения и дополнения № 1 к СП 3.1.1275-03 Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях

Приказ от 31 мая 1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»

Письмо Минздрава РФ от 17.04.2000 № 2510/4196-32 «О профилактике внутрибольничных инфекций»

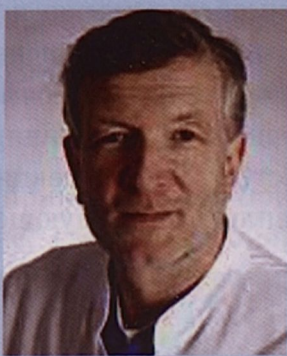
Учебно-методическое пособие «Обеспечение инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность»

Методические указания МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним»

Multi-society Guideline for Reprocessing Flexible Gastrointestinal Endoscopes

APIC/CHICA-Canada infection prevention, control, and epidemiology: Professional and practice standards

Статья подготовлена сотрудниками фирмы Johnson&Johnson



Президент:
Томас Рёш, М.Д.



Вице-президент:
Михаил Королёв, д.м.н.



Ответственный секретарь:
Евгений Фёдоров, д.м.н.

*Мы от души рады приветствовать
всех энтузиастов эндоскопической
ультрасонографии!*

На протяжении многих лет эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) считалась делом узкого круга профессионалов, а наиболее деятельные эндосонографисты в той или иной мере были знакомы друг с другом. Однако данная методика, став широко распространённой в последнее десятилетие, привлекает всё больше сторонников, продолжая своё стремительное развитие на всех континентах: в последнем симпозиуме, который проводился в Китае, участвовало более 1000 специалистов – похоже, что эндосонографический мир перестал быть таким уж маленьким?

Мы с большим удовольствием приглашаем вас принять участие в Международном симпозиуме по эндоскопической ультрасонографии, который на этот раз пройдёт в России, самой большой стране мира, охватывающей девять часовых поясов, на территории, превышающей 17 075 400 квадратных километров.

Продолжая поддерживать традиционно близкие отношения между Гамбургом и Санкт-Петербургом – старейшими городами-побратимами – в первый день симпозиума мы планируем провести прямую видеотрансляцию из Университетской клиники Эппендорф в Гамбурге, а затем из Санкт-Петербурга. Во второй день симпозиума будут обсуждены актуальные в ЭУС-сообществе темы, и мы надеемся найти ответы на большинство, а, может быть, и на все затронутые вопросы. Отличительной особенностью третьего дня явится проведение обучающего курса, на котором участникам будет предоставлена возможность самостоятельного выполнения исследований на различных тренажёрах.

Мы убеждены, что этот симпозиум, который проводится в одном из красивейших городов мира, принесет большую пользу каждому участнику. Всем, без исключения, будет предоставлена уникальная возможность оценить и сравнить мировой опыт, накопленный в эндосонографии, обсудить современные методики и технологии со всемирно известными экспертами, а также получить полезные советы и рекомендации во время обучающего курса.

Добро пожаловать в Санкт-Петербург!