Сметанин В.Н.

Некоторые аспекты инфекционной безопасности в медицинских организациях

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.

Павлова

(Россия, Рязань)

doi 10.18411/gq-30-11-2019-06

idsp sciencerussia-30-11-2019-06

Аннотация

Важнейшим критерием качества оказания медицинской помощи является инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса. Осуществление мер по обеспечению инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса должно являться предметом постоянного контроля со стороны медицинских работников всех уровней при оказании медицинской помощи. Медицинская организация с квалифицированным, мотивированным персоналом значительно эффективнее справится с задачами по практическому внедрению и соблюдению мер инфекционной безопасности.

Ключевые слова: инфекционная безопасность, лечебно-диагностический процесс, медицинский персонал

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), широко распространены во всем мире. К сожалению, проблема профилактики ИСМП в нашей стране по-прежнему осознается недостаточно. Нет возможностей для документирования, анализа и извлечения уроков из накопленного негативного и позитивного опыта, не разработана методология выявления ИСМП и оценки эффективности мер инфекционного контроля, нет унифицированных схем сбора достоверной информации о реальных масштабах ИСМП.

Результаты периодических проверок, проводимых специалистами санитарно-эпидемиологических служб, по оценке эпидблагополучия, а также планов/программ в медицинских организациях (МО) по борьбе с ИСМП указывают на значительные дефекты в этой области. К ним относятся: отсутствие полного учета ИСМП, достаточного материально-технического потенциала в МО для осуществления мероприятий по профилактике ИСМП и недостаточная состоятельность многих членов комиссий/комитетов инфекционного контроля. Эксперты ВОЗ считают, что страны, регионы и лечебно-профилактические учреждения, в которых существуют действующие программы по инфекционному контролю, смогут лучше реагировать на изменения эпидемической ситуации по сравнению с МО, не имеющими таких программ [7].

В доступной литературе лишь очень небольшое число публикаций [2, 11, 13] содержит надежные эпидемиологические данные, которые можно использовать для определения того, какие именно компоненты являются основными для программ по борьбе с ИСМП в отношении эффективности снижения риска инфекций на национальном уровне или на местном уровне лечебно-профилактического учреждения.

Важнейшим критерием качества оказания медицинской помощи является инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса. Перечень инфекционных заболеваний, сопровождающих лечебно-диагностический процесс, находится в состоянии динамических изменений. В настоящее время широкое распространение получили такие инфекционные заболевания, как вирусные гепатиты с гемоконтактными механизмами передачи, ВИЧ-инфекция, инфекционные заболевания, вызываемые полирезистентной госпитальной микрофлорой [1, 6, 9, 16]. Распространению указанных заболеваний способствует ряд факторов: экспансия населения в ранее недоступные районы; развитие транспортной инфраструктуры,

ведущее к ускорению распространения инфекции; нарастающая агрессивность и инвазивность медицинских манипуляций; отсутствие эффективных программ профилактики инфекций в медицинских организациях [4, 5, 22].

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2,5 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка. Риск летального исхода у этих пациентов в 7 раз выше по сравнению с подобными по возрасту, полу, основной и сопутствующей патологии и тяжести больными [1, 4, 9, 10]. В современной клинике внебольничные инфекции ухудшают прогноз течения заболевания, увеличивают длительность госпитализации и стоимость лечения, снижают эффективность антибактериальной терапии, способствуют распространению в стационаре резистентных штаммов микроорганизмов [6, 22]. Несмотря на то, что стоимость лечения варьирует в разных медицинских организациях и существенно отличается в многолетней динамике, в среднем при присоединении ИСМП она в три раза выше, чем у неинфицированных пациентов. Несомненно, инфекционные осложнения существенно снижают качество жизни пациента и вызывают развитие стрессорных реакций. Кроме того, эти инфекции приводят к потере репутации медицинских организаций, что трудно оценить в финансовом выражении [3, 9, 16]. Подобная многоаспектность проблемы, актуальность ее медицинских организаций любого типа и уровня требует разработки и внедрения стандартных, унифицированных мер антиинфекционной защиты медицинских технологий, разработки программ инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса [3]. Интенсивное развитие высокотехнологичных, инвазивных методов диагностики и лечения в сочетании с широким распространением микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью определяет необходимость непрерывного совершенствования систем мониторинга этой группы инфекций [4–6]. Модернизация и инновационные процессы в здравоохранении, направленные на улучшение общественного здоровья населения на основе рационального распределения ресурсов, диктуют необходимость интеграции системы контроля за ИСМП в систему управления качеством в медицинской организации [4].

Осуществление мер по обеспечению инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса должно являться предметом постоянного контроля со стороны медицинских работников всех уровней при оказании медицинской помощи.

В настоящее время, когда в РФ идут интенсивные процессы модернизации здравоохранения, повышение уровня инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса является одновременно как задачей модернизации, так и эффективным методом обеспечения качества оказания медицинской помощи [12]. К факторам, способствующим росту значимости инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса, относятся:

- постоянно расширяющийся перечень агрессивных, технологически сложных диагностических и лечебных процедур значительно повышает роль возникновения ИСМП; эффективная профилактика ИСМП необходима для того, чтобы осложнения от медицинских вмешательств не свели к минимуму пользу медицинских вмешательств;

- основной задачей модернизации здравоохранения в РФ является повышение уровня качества медицинской помощи при одновременном сокращении неоправданных расходов; доказано, что эффективно организованная программа инфекционного контроля является одним из самых экономически эффективных путей снижения заболеваемости и летальности в больницах;

- децентрализация системы здравоохранения привела к большей административной и финансовой автономности медицинских организаций; сокращение сроков госпитализации, экономия ресурсов, контроль расходов на антибактериальную терапию и другие вопросы, к которым инфекционная безопасность имеет

непосредственное отношение, представляет проблему для руководителей здравоохранения;

– внедрение медицинского страхования и систем аккредитации медицинских организаций предполагает контроль качества лечения и ухода за пациентами со стороны страховых компаний, осуществляющих аккредитацию, и других официальных органов, что в свою очередь стимулирует развитие больничных систем инфекционной безопасности.

Эффективность инфекционной безопасности в медицинских организациях на национальном уровне зависит от координированных усилий федеральных органов управления здравоохранением, медицинских учебных заведений и организаций. Поскольку каждая медицинская организация имеет различный спектр предлагаемых видов медицинской помощи и специфичность обслуживаемого контингента (дети, лица пожилого возраста, больные с онкологическими, гематологическими и другими заболеваниями), то и программа инфекционного контроля в каждой конкретной организации должна быть адаптирована к ее особенностям. На уровне медицинских организаций для эффективности программ инфекционного контроля важно сотрудничество между больничными эпидемиологами, другими специалистами по инфекционному контролю, микробиологами, врачами-клиницистами, медицинскими сестрами и администраторами [4, 6, 10, 20].

Важным этапом работы по профилактике ИСМП в РФ явились введение санитарных правил СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций» [17], СанПиН 2.1.3.2524-09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям» [18], и, наконец, СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [19], в которых при всей неоднозначности и противоречивости определены важнейшие звенья инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса, включающие в себя санитарно-гигиенические требования размещения пациентов и организации лечебно-диагностического процесса, систему эпидемиологического надзора и организации контроля заболеваемости ИСМП, а также основные механизмы профилактики этой группы заболеваний.

Следует отметить, что эффективное функционирование системы инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса требует серьезных финансовых вложений для обеспечения качества проведения стерилизационных мероприятий в лечебной организации.

Медицинская организация с ограниченными материально-техническими ресурсами, но с квалифицированным, мотивированным персоналом значительно эффективнее справится с задачами по практическому внедрению и соблюдению мер инфекционной безопасности, чем организация, которая располагает самым современным и дорогим оборудованием, удовлетворительным материально-техническим обеспечением, но имеет при этом неподготовленный и немотивированный персонал [14, 15]. Кроме того, в процессе сертификации медицинской организации экспертами на основании действующего законодательства и нормативных актов должна проводиться оценка инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса и санитарно-гигиенических условий.

Важнейшими направлениями в управлении ситуацией контроля инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса, по мнению ведущих специалистов, занимающихся профилактикой ИСМП, являются:

– организация и обеспечение информационных потоков о наличии инфекционных осложнений, предвестниках эпидемиологического неблагополучия; – оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП;

- эпидемиологическая оценка медицинских технологий и минимизация риска инфицирования;
- организация системы мер, направленных на снижение агрессивности лечебно-диагностического процесса; – обеспечение высокого уровня противоинфекционной защиты медицинских технологий;
- мониторинг основных возбудителей ИСМП и контроль резистентности к антибактериальным и дезинфицирующим средствам;
- рациональная стратегия и тактика применения антимикробных средств;
- внедрение принципа «индивидуальной изоляции» при выполнении медицинских технологий с высоким риском инфицирования;
- разработка и внедрение стандартов выполнения лечебно-диагностических манипуляций; – экономический анализ и оптимизация финансовых затрат на обеспечение инфекционной безопасности;
- разработка и внедрение долгосрочных программ профилактики ИСМП как в каждом конкретном стационаре, так и на региональном уровне.

Реализация этих направлений позволяет эффективно контролировать инфекционную безопасность лечебно-диагностического процесса в стационарах различного профиля, значительно снизить заболеваемость и экономические потери от последствий ИСМП [8, 21].

Все работники лечебно-профилактических учреждений могут и должны соблюдать правила профилактики ИСМП в процессе выполнения своих служебных обязанностей. Для максимальной эффективности мер профилактики ИСМП каждый работник медицинской организации учреждения обязан лично способствовать выполнению конкретных мероприятий в этой области.

1. Акимкин В.Г. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2003. (5). 15–19.
2. Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Брусина Е.Б. Перспективы научных исследований в области профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Дезинфекционное дело. 2014. № 3. С. 5–11.
3. Брусина Е.Б., Рычагов И.П. Эпидемиология внутрибольничных гнойно-септических инфекций в хирургии. Новосибирск: Наука, 2006. 171 с.
4. ВОЗ. Безопасность пациентов (доклад Секретариата), 59-я сессия 59/22 4 мая 2006 г.
5. Госпитальная инфекция в многопрофильной хирургической клинике / Ред. Е.Г. Григорьев, А.С. Коган. Новосибирск: Наука, 2003. 220 с.
6. Гудкова Е.И., Чистенко Г.Н., Сивец Н.Ф. и др. Внутрибольничные инфекции в Республике Беларусь: перспективы профилактики и борьбы // Сепсис: вопросы клинической патофизиологии, эпидемиологии и интенсивной терапии: мат. межрегион. науч.-практ. конф. Кемерово, 2006. 38–45.
7. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. 2015.
8. Дроздова О.М., Балыбина О.А., Рычагов И.П. Факторы риска инфицирования медицинского персонала возбудителями гемоконтактных инфекций: мат. IX съезда Всерос. науч.-практ. общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов: в 3-х т. М., 2007. 1. 338.
9. Зуева Л.П. Опыт внедрения системы инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях. СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2006. 264 с.
10. Информационный бюллетень ВОЗ 28.10.2004.
11. Ковалишена О.В. Возбудители ВБИ и их устойчивость к дезинфектантам. Дезинфекционное дело. 2014. № 3. С. 33–39.
12. Основы инфекционного контроля: практическое руководство: пер с англ., 2-е изд. / Американский международный союз здравоохранения. М.: Альпина Паблишер, 2003. 1–2.
13. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И. и др. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2015. № 1. С. 4–7.
14. Рытенкова О.Л., Рычагов И.П., Данцигер Д.Г. Социально-медицинская эффективность внедрения новых технологий организации медицинской помощи населению на региональном уровне // Здравоохранение. 2006. (6). 39–44.
15. Рычагов И.П., Брусина Е.Б. Оценка инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий в лечебно-профилактическом учреждении // Сепсис: вопросы клинической

- патологии, эпидемиологии, диагностики и интенсивной терапии: мат. межрегион. науч.-практ. конф. Кемерово, 2006. 107–117.
16. Скачкова Е.И., Гашаев А.В., Новожилов А.В. Инфекционная безопасность в медицинском учреждении. М., 2005. 70 с.
 17. СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций». М., 2009.
 18. СанПиН 2.1.3.2524-09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям». М., 2009.
 19. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». М., 2010.
 20. Царик Г.Н., Рычагов И.П., Шпилянский Э.М., Те И.А. Проблемы и перспективы разработки стандартов медицинских технологий регионального уровня // Сибирский консилиум. 2007. (5). 70–75.
 21. Царик Г.Н., Шпилянский Э.М., Рычагов И.П. Научное обоснование инновационных технологий организации и управления обеспечением качества медицинской помощи населению // Вопр. экспертизы качества мед. помощи. 2007. (1). 27–37.
 22. Шикина И.Б., Кошель В.И., Восканян Ю.Э. и др. Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре: метод. рекомендации. Ставрополь, 2006. 27 с.

Garashova M.A.

Evaluation of the Endometrial Pathology in Women with Postmenopausal Bleeding

*Azerbaijan Medical University
(Azerbaijan , Baku)*

doi 10.18411/gq-30-11-2019-07

idsp sciencerussia-30-11-2019-07

Аннотация

Обследованы 101 женщина с постменопаузальным кровотечением. Средний возраст пациенток составил $59,7 \pm 0,6$ (50–83) года. Средняя продолжительность менопаузы составила $9,4 \pm 0,8$ (1–27) года. По данным ТВУ, у пациентов с раком эндометрия было определено статистически значимое увеличение размеров матки и размеров обоих яичников ($p < 0,05$), включая толщину эндометрия, которая варьировала в широких пределах (5–100 мм). Было установлено, что из 101 пациентки с ПК у 48 (47,5%) пациенток был выявлен рак эндометрия, у 30 (29,7%) – диффузная гиперплазия эндометрия, у 13 (12,9%) – атипическая гиперплазия и у 10 (9,9%) – полип эндометрия. Результаты исследования подтвердили, что методом выбора для первичной оценки толщины эндометрия у женщин с наличием кровотечений в постменопаузальном периоде является ТВУ. Пайпель-биопсия имеет преимущества перед традиционными D & C в диагностике патологии эндометрия.

Ключевые слова: постменопаузальное кровотечение, патология эндометрия, Пайпель-биопсия.

In recent years, the number of women in the postmenopausal period has been growing steadily, which increases the need for specialized medical care for this category of women to improve their quality of life [1]. In women in the postmenopausal period, various gynecological diseases are often accompanied by vaginal spotting and bleeding. [2,3]. Postmenopausal vaginal bleeding (PB) is a bleeding that occurred spontaneously at least one year after the onset of menopause, and their incidence in early postmenopausal women is 10% [4]. The causes of PB are most often the increased thickening of the endometrium of varying severity against a background of benign and malignant transformation. According to scientific studies, the frequency of PB in patients with endometrial carcinoma is 10–15%, with diffuse and focal endometrial hyperplasia is about 40% [5].

Diagnostics of endometrial hyperplasia and endometrial cancer is based on clinical symptoms, ultrasound data, results of hysteroscopy, morphological examination of endometrial sample, as well as the results of MRI. The main ultrasound indicators of