

ОТЧЕТ О МЕРОПРИЯТИИ



Название: Всемирный день безопасности пациентов

Направление: тематические лекции с целью привлечения внимания общественности к вопросам обеспечения безопасности граждан, медицинских и фармацевтических работников при осуществлении медицинской деятельности.

Отрывок:

С 17 сентября 2020 года в рамках Всемирного дня безопасности пациентов в ГБПОУ Армавирский медицинский колледж с будущими медицинскими работниками были проведены тематические лекции на темы:

1. «Основные стратегии снижающие риск при оказании медицинской помощи»
2. «Эпидемиологическая безопасность»
3. «Лекарственная безопасность»
4. «Хирургическая безопасность»
5. «Безопасность в приемном отделении»

Обсуждались следующие вопросы: повышение глобальной осведомленности о безопасности пациентов и поощрение международной солидарности в действиях, направленных на повышение безопасности пациентов и снижение вреда для пациентов во всем мире, как профессионального сообщества, так и самих пациентов, их родственников, различных организаций, представляющих интересы пациентов.

Для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные решения в рамках системы здравоохранения – широкий спектр мероприятий по улучшению организации деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное применение лекарственных средств и медицинских изделий, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации,
- ГБПОУ «Армавирский медицинский колледж» Сердюк Т.Г., Минтемирова Н.А.

Инициативная группа преподавателей:

Манукян Д.Э.; Михальцова Н.М.; Выдра Е.Г.; Леонтьева К.А.; Гнутова К.С.; Большакова Т.Е., Осачева В.С.

Инициативная группа студентов: студенты специальности 34.02.01 Сестринское дело

Охват акции: МО г. Армавир

Целевая аудитория: студенты

Проведены следующие мероприятия: тематические лекции

Приложение: фотоотчет, тематические лекции



Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Армавирский
медицинский колледж министерства здравоохранения
Краснодарского края



Всемирный день безопасности пациентов

17 сентября 2020 года

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА БЫТЬ
БЕЗОПАСНОЙ!**

ЛЕКЦИИ

подготовила преподаватель: Минтемирова Н.А.

Армавир

2020

ЛЕКЦИЯ №1

«Основные стратегии снижающие риск при оказании медицинской помощи»

Всемирный день безопасности пациентов. Глобальные цели ВОЗ



Всемирная ассамблея здравоохранения в рамках 72-ой сессии 25 мая 2019 года приняла резолюцию WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» и объявила 17 сентября Всемирным днем безопасности пациентов.

Признавая безопасность пациентов в качестве ключевого приоритета здравоохранения, ВОЗ в основу проведения Всемирного дня безопасности пациентов заложила основополагающий принцип медицины – прежде всего, не навреди.

Цель Всемирного дня безопасности пациента – повышение глобальной осведомленности о безопасности пациентов и поощрение международной солидарности в действиях, направленных на повышение безопасности пациентов и снижение вреда для пациентов во всем мире, как профессионального сообщества, так и самих пациентов, их родственников, различных организаций, представляющих интересы пациентов.



Нежелательные события могут возникнуть в результате любых медицинских вмешательств даже при их правильном выполнении (вне зависимости от того, имеют ли они диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность).

Для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные решения в рамках системы здравоохранения – широкий спектр мероприятий по улучшению организации деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное

применение лекарственных средств и медицинских изделий, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.

Здравоохранение является сферой деятельности повышенного риска

При оказании
стационарной помощи



- вред причиняется по меньшей 10% пациентов,
- почти 50% нежелательных событий можно предотвратить.

При оказании
амбулаторной помощи



- вред причиняется 4 из 10 пациентов,
- в 80% случаев нежелательные последствия можно предотвратить.

С диагностическими
ошибками



- связано около 10% случаев смерти пациентов;
- и 6–17% всех нежелательных событий в больницах.

С нежелательными
событиями



- связаны 15% всех расходов и рабочей нагрузки в больницах стран ОЭСР.

Безопасность пациентов – это основополагающий принцип оказания медицинской помощи.

Каждый вид, форма и условия оказания медицинской помощи сопровождаются определенными рисками для пациентов. Нежелательные события при осуществлении медицинской деятельности могут возникнуть в результате любых медицинских вмешательств даже при их правильном выполнении (вне зависимости от того, имеют ли они диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность).

Для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные решения в рамках системы здравоохранения – широкий спектр мероприятий по улучшению организационной деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное применение лекарственных средств и медицинских изделий, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.

Безопасность медицинской деятельности – это отсутствие предотвратимого вреда, рисков его возникновения и (или) степень снижения допустимого вреда жизни и здоровью граждан, медицинских и фармацевтических работников, окружающей среде при осуществлении медицинской деятельности. При этом важной составляющей является не только безопасность пациентов, но и безопасность медицинских работников. Особую значимость это приобретает при организации медицинской помощи в условиях пандемии, как залог стабильной и результативной работы медицинских организаций.

Все стремятся к оказанию качественной и безопасной медицинской помощи, и тем не менее, по данным Всемирной организации здравоохранения, ВОЗ:

- нежелательные события, вызванные небезопасным оказанием медицинской помощи, являются одной из 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире;
- вред, причиняемый в результате ряда нежелательных событий, можно предотвратить почти в 50% случаев;
- во всем мире при оказании первичной и амбулаторной медицинской помощи вред причиняется 4 из 10 пациентов;
- несоблюдение правил безопасности при оказании хирургической помощи является причиной осложнений почти у 25% пациентов;
- в странах - членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) 15% всех расходов и рабочей нагрузки в больницах являются прямым следствием нежелательных событий.

О проблемах при обеспечении безопасности оказываемой медицинской помощи свидетельствуют и результаты проверок Росздравнадзора. Так, в 2019 году в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности проведено 5895 проверок, в ходе которых выявлено 3064 случая нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, 1998 нарушений порядков оказания медицинской помощи, 1952 нарушения порядков проведения медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований, 143 нарушения организации и осуществления ведомственного и 2320 нарушения организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Признавая безопасность пациентов в качестве ключевого приоритета здравоохранения, Всемирная ассамблея здравоохранения в рамках 72-ой сессии 25 мая 2019 года приняла резолюцию WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» и объявила 17 сентября Всемирным днем безопасности пациентов.

Обеспечение максимального уровня безопасности здравоохранения – актуальная задача национального масштаба, для решения которой требуется объединение усилий всех заинтересованных сторон, включая государственные, ведомственные, общественные (в том числе пациентские) организации.

В рамках Всемирного дня безопасности пациентов в 2020 году в Российской

Федерации запланировано:

- проведение Всероссийской олимпиады по безопасности в здравоохранении – для выявления уровня компетенций в различных направлениях обеспечения безопасности медицинской деятельности;
- интерактивное голосование для пациентов и медицинских работников по актуальным вопросам безопасности пациентов, цель которого – анализ осведомленности о приоритетных вопросах, связанных с безопасностью при получении и предоставлении медицинской помощи;
- проведение регионального этапа всероссийского конкурса «Лидер качества в здравоохранении» – конкурс проводится для команд специалистов в сфере здравоохранения, реализовавших успешные проекты, направленные на улучшение качества и безопасности медицинской деятельности;
- проведение тематических пресс-конференций и брифингов по вопросам безопасности пациентов с участием представителей ВОЗ в Российской Федерации, представителей Минздрава России, Росздравнадзора, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также ведущих медицинских, научных и образовательных организаций в сфере здравоохранения;
- проведение тематических мероприятий, посвященных Всемирному дню безопасности пациента: интерактивных мастер-классов, лекций, тематических встреч, «дней открытых дверей» и иных мероприятий, включая инициативы по привлечению внимания пациентов и их родственников к вопросам ответственности за собственное здоровье.

Здравоохранение является сферой деятельности повышенного риска



ЛЕКЦИЯ №2

«Эпидемиологическая безопасность»

Госпитальная эпидемиология – раздел эпидемиологии, изучающий заболевания, связанные с лечебно-диагностическим процессом и вызванные не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами, госпитальными штаммами микроорганизмов, эпидемиологические проявления которых принципиально отличаются от таковых при классических инфекциях.

Клиническая эпидемиология - это раздел современной эпидемиологии, включающий в себя методологию получения в эпидемиологических исследованиях научно-обоснованной доказательной информации о закономерностях клинических проявлений болезни, методах диагностики, лечения и профилактики, для принятия оптимального клинического решения в отношении конкретного пациента.

Внутрибольничная инфекция (ВБИ) (синонимы – госпитальная, внутригоспитальная, больничная, ятрогенная, нозокомиальная) – инфекция, заражение которой происходит в лечебно-профилактических учреждениях. Внутрибольничная инфекция – любое клинически распознаваемое заболевание микробной этиологии, которое поражает больного в результате его обращения за медицинской помощью или медицинского работника вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от проявления симптомов заболевания во время или после пребывания в

больнице.

Термин ИСМП является более точным и в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ и нормативных документах большинства стран мира. Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.).

К ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединившиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторнополиклинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты, при оказании скорой медицинской помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Уровень заболеваемости ИСМП является важной социально - экономической характеристикой развития современного общества и в значительной степени отражает качество оказываемой медицинской помощи населению. Является важной составляющей экономического ущерба в практическом здравоохранении.

Ежегодно, с момента ввода в России официального учета и регистрации в 1990 году ВБИ (ИСМП) уровень заболеваемости составляет (1,5-1,9 на 1000).

По данным официальной статистики среди пациентов ЛПО в Российской Федерации регистрируется около 25-30 тыс. случаев ИСМП, однако реальное их количество составляет не менее 2-2,5 млн. случаев. Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, ИСМП развиваются у 5-20% госпитализированных больных.

Присоединение ИСМП к основному заболеванию удлиняет сроки пребывания больных в стационарах в среднем на 10 койко-дней.

По данным ВОЗ показатель летальности среди госпитализированных с ИСМП в 10 раз превышает таковой у лиц без инфекции.

В историческом плане применительно к проблеме ИСМП можно выделить несколько периодов:

- 1) Добактериологический период. Для него характерна огромная смертность от «нечистоты раны». Так, в 1646 г. в Парижской больнице, одном из старейших акушерских заведений, 66% рожениц погибали от родильной горячки. В 1800г. около

60% всех больных, перенесших ампутацию конечности, погибали от газовой гангрены.

2) Период антисептики и асептики. Начало ему было положено работами Л. Пастера (1861г.), опираясь на которые Листер (1865 г.) начал внедрять свой метод, который был назван «антисептикой». В дополнении с асептикой открыл широкие возможности для развития всех разделов хирургии.

3) Период широкого применения антибиотиков и химиотерапевтических антимикробных препаратов. С введением в лечебную практику химиотерапевтических препаратов и особенно антибиотиков были достигнуты настолько большие успехи в борьбе с госпитальной инфекцией, что врачи стали пренебрегать испытанными методами асептики и антисептики, полагаясь на огромные возможности антибиотиков.

4) Современный период. Уже в конце 40-х годов XX столетия появились сообщения о возбудителях госпитальных инфекций, которые приобрели устойчивость к антибиотикам и химиотерапевтическим препаратам. Распространение таких возбудителей на фоне различных дефектов санитарногигиенического режима значительно затрудняет борьбу с внутрибольничными инфекциями и, несмотря на определенные успехи, уровни заболеваемости в стране остаются высокими. Частота послеоперационных гнойных осложнений в настоящее время колеблется в широком диапазоне: от 3% до 20-35%. Наиболее часто эти осложнения регистрируются в реанимационных, хирургических и травматологических (ортопедических) отделениях. Наивысший уровень заболеваемости ИСМП отмечается в крупных стационарах (более 500 коек), на базе которых проводилось обучение студентов.

Присоединяющиеся внутрибольничные инфекции сводят «на нет» сложнейшие операции на жизненно важных органах, перечеркивают усилия многих людей.

Рост ИСМП в современных условиях порожден комплексом факторов, основными из которых являются следующие:

1) Создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией, которую определяют: многочисленность больных (преимущественно ослабленных), многочисленность медицинского персонала, постоянно и тесно общающегося с больными, интенсивные миграционные процессы, замкнутость окружающей среды циркуляция ряда штаммов условно-патогенных микроорганизмов.

2) Формирование мощного искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекций, связанного с инвазивными вмешательствами.

3) Активизация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактнобытового путей в условиях тесного общения больных, медицинского персонала в лечебных учреждениях.

4) Наличие постоянного большого массива источников инфекций в виде пациентов, поступающих в стационар с нераспознанными инфекционными заболеваниями, медицинского персонала (носители, больные стертыми формами инфекций), лиц, у которых ИСМП наслаивается на основное заболевание в стационаре

5) Увеличение числа пациентов, выживаемых благодаря современным достижениям медицины.

6) Рост доли лиц с ИДС

7) Использование техники, требующей особых методов стерилизации.

Этиологическая структура ИСМП представлена 3 группами микробов: патогенными бактериями, вирусами, грибами, простейшими, условно патогенными бактериями, микробами-оппортунистами, вызывающими инфекционный процесс на фоне иммунодефицитного состояния макроорганизма. Значение отдельных возбудителей в этиологии госпитальной инфекции постоянно изменялось. В доантибиотический период ведущее положение занимал бета-гемолитический стрептококк серогруппы А. Затем его место занял патогенный стафилококк. В последние годы стафилококк уступает первенство грамотрицательной палочковой микрофлоре: *Ps. aeruginosa*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Escherichia* и др.

Госпитальный штамм – это условно-патогенный микроорганизм, приспособившийся к условиям данного ЛПУ, адаптация которого к условиям стационара идет в двух направлениях: усиление вирулентности за счет пассажа через организм больных стационара; формирование устойчивости к антибиотикам, антисептикам, химиопрепаратам, дезинфектантам, применяемым в данном ЛПУ.

ИСМП могут быть эндогенного и экзогенного происхождения. Основная масса ИСМП связана с заражением от человека в условиях стационара (экзогенная инфекция). Реже встречается аутоинфекция (эндогенная инфекция). Долевое участие эндогенно возникших инфекций ничтожно мало.

Профилактика ИСМП требует комплексного подхода, разработки и внедрения в практику широкого круга организационных, гигиенических, дезинфекционно-

стерилизационных, противоэпидемических мероприятий.

Стандартные меры предосторожности:

1. Гигиена рук мед. персонала
2. Применение средств индивидуальной защиты (халаты, перчатки, маски, средства для защиты глаз)
3. Респираторная гигиена и кашлевой этикет
4. Профилактика повреждений кожи иглами и колюще-режущими инструментами
5. Соблюдение правил обращений с отходами
6. Очистка, дезинфекция и стерилизация

Средства индивидуальной защиты:

- Очки
- Маска
- Медицинский халат
- Резиновые перчатки

Руки медицинского персонала – важнейший фактор риска контактной передачи возбудителей ИСМП. С этим фактором связывают до 50- 70% возникновения всех ИСМП.

Ежегодно 5 мая при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) все мировое сообщество отмечает Всемирный день гигиены рук. Гигиена рук является основной мерой безопасности при выполнении инвазивных процедур и повышает безопасность оказания медицинской помощи.

ЛЕКЦИЯ №3

«Лекарственная безопасность»

Проблема безопасного и эффективного применения лекарств стоит перед всеми странами, так в меморандуме ВОЗ по национальной стратегии в области безопасных лекарственных средств и надлежащего их использования отмечено, что в мире нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализации до 20% больных, в результате чего на проблемы, связанные с лекарственными средствами, тратится до 15 - 20% бюджета здравоохранения.

Ошибки, связанные с использованием ЛП, характерны для всех четырех этапов, включая:

- назначение ЛС (39% ошибок);
- неправильный выбор препарата/препаратов (критически важная проблема);
назначение без учета противопоказаний (связанных с определенным заболеванием или приемом других лекарственных средств), назначение несертифицированных лекарств, повторное назначение лекарства без оценки его эффективности и переносимости пациентом и т.д.;
- передача информации о назначении (12%) - нечетко, неразборчиво сделанные надписи, использование некорректных сокращений в листах назначения и т.д.;
- дозирование, разведение (11%);
- использование (прием, введение) (38%);
- отсутствие доступности лекарств для оказания экстренной медицинской помощи в стационаре, несвоевременное введение лекарственных средств, неправильный путь введения, недооценка важности информирования пациента о побочных эффектах, отсутствие обучения пациента приему лекарств, отсутствие контроля в эффективности лечения.

Наиболее часто нежелательные реакции связаны с назначением антибиотиков, химиотерапевтических средств, анальгетиков, психотропных средств, сердечных гликозидов, мочегонных, инсулина, препаратов калия. Большинство осложнений при использовании ЛС - предотвратимо.

Основные определения.

Федеральный [закон](#) от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств".

- Нежелательная реакция - любая реакция на ЛС, вредная и нежелательная для организма, которая возникает при его использовании для лечения, диагностики и профилактики заболеваний;
- Серьезная нежелательная реакция - нежелательная реакция организма, связанная с применением лекарственного препарата: приведшая к смерти; врожденным аномалиям или порокам развития; представляющая собой угрозу жизни; требующая госпитализации или приведшая к стойкой утрате трудоспособности и (или) инвалидности;
- Непредвиденная нежелательная реакция - нежелательная реакция организма (в том числе связанная с применением лекарственного препарата в соответствии с инструкцией по его применению), сущность и тяжесть которой не соответствует

информации о лекарственном препарате, содержащейся в инструкции по его применению;

- Побочный эффект - любое непреднамеренное действие лекарства (выходящее за рамки рассчитанного терапевтического эффекта), обусловленное его фармакологическими свойствами, наблюдаемое при использовании лекарства в рекомендуемых дозах.

Для снижения частоты нежелательных явлений на уровне МО предлагается:

1. Создание и эффективная работа системы обеспечения лекарственной безопасности в МО;
2. Система контроля качества ведения документации/электронная система;
3. Контроль всех этапов использования ЛС - хранение, назначение, дозирование, оптимальный путь введения и т.д.;
4. Обеспечение преемственности медицинской помощи;
5. Эффективное взаимодействие врача с пациентом.

Для проведения мероприятий по обеспечению лекарственной безопасности главным врачом должны быть разработаны и утверждены следующие нормативные документы:

1. Приказ об обеспечении лекарственной безопасности, в котором будут закреплены основные направления проводимой работы в медучреждении, определены ответственные за каждое направление по структурным подразделениям.
2. Порядок закупки лекарственных препаратов.
3. Порядок осуществления контроля качества производимых в организации лекарственных препаратов (при наличии данного вида деятельности).
4. Порядок ведения учета наличия лекарственных препаратов в медорганизации посредством информационной системы.
5. Порядок осуществления контроля утилизации лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.
6. Регламент хранения лекарственных препаратов в аптеке и в подразделениях.
7. Порядок обеспечения лекарственными препаратами структурных подразделений, в том числе в ночные часы, выходные и праздничные дни.
8. Порядок сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях и передачи сведений о них в Росздравнадзор.

9. Порядок информирования персонала о новых лекарственных препаратах и обучения персонала оказанию помощи в экстренных случаях проявления нежелательных реакций у пациентов.

Этот перечень может быть больше. Кроме того, документы могут быть сведены в один регламент или оформлены по отдельности. В рамках аудита при изучении документов по лекарственной безопасности важно оценивать их наличие, содержание, полноту описания процессов, назначение ответственных, соблюдение сроков проводимых мероприятий, наличие подтверждающих отчетов, планов обучения. Важным этапом оценки является опрос сотрудников на предмет знания ими основных регламентирующих документов медицинской организации, процессов, связанных с обеспечением лекарственной безопасности.

В медицинской организации внимание должно быть сосредоточено на регистрации и сборе информации о серьезных непредвиденных нежелательных реакциях и передаче сведений о них в Росздравнадзор.

Необходимо назначение ответственных лиц с указанием в соответствующем документе ФИО и должностей, алгоритма взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора (контактные данные). Предусматривается наличие стандартных форм извещений, механизма оценки причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции (на основе соответствующих международных алгоритмов), сбор и документирование в соответствующих журналах или базе данных, информирование персонала по вопросам фармаконадзора.

При оценке необходимо изучить полноту существующего документа, проверить наличие стандартных форм извещений, опросить персонал на предмет знания порядка действий, алгоритма оценки причинно-следственных связей, работы с документацией (журналами и базами данных).

Внутренний производственный контроль обеспечения качества лекарственных препаратов включает следующие элементы:

1. Установленный порядок закупки лекарственных препаратов, в том числе с контролем достоверности данных поставщика (соответствие ГРЛС, реестра лицензий), контроль лекарств по показателям (описание, упаковка, маркировка). Важна проверка случаев дублирования лекарственных препаратов в аптеке и структурных

подразделениях.

2. Осуществление регулярного контроля срока годности лекарственных препаратов, установленная периодичность плановых проверок, проведение внеплановых проверок, документирование плана и результатов проведенных проверок.

3. Функционирование информационной системы (базы данных), отслеживающей наличие лекарственных препаратов в медицинской организации: нужно проверять наличие лекарственных препаратов в структурных подразделениях фактически и в электронной системе, регулярно обновлять информацию, а также предусмотреть возможность использования базы данных на рабочих местах сотрудников подразделений (24/7/365).

Контроль хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий, включает следующие меры:

1. Лекарственные препараты, требующие особых условий хранения, должны быть внесены в особый список (перечень), о котором персонал осведомлен.

2. Оборудование, предназначенное для обеспечения особых условий хранения, размещается в структурных подразделениях с соблюдением необходимых требований (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов); должны быть исправны термометры или термодатчики у холодильников и морозильных камер, оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и др.).

3. Проведение регулярного контроля условий хранения в подразделениях с документированием результатов.

4. Осуществление регулярной поверки оборудования с документированием в журналах, в том числе организациями, уполномоченными проводить техническое обслуживание соответствующего оборудования (периодически, регулярно).

5. Обеспечение условий хранения для лекарственных препаратов, требующих защиты от воздействия света.

Места хранения лекарственных препаратов должны соответствовать следующим требованиям:

1. Хранение лекарственных препаратов по группам (фармакологическим, способам применения и проч.) в соответствии с порядком (регламентом) медицинской

организации.

2. Доступность лекарственных препаратов для подразделений в соответствии с профилем, порядок получения с учетом 24/7/365, в том числе в выходные и праздничные дни.

3. Хранение лекарственных препаратов в недоступных для пациентов и посетителей местах.

Требования к упаковке и маркировке лекарственных препаратов включают хранение в первичной упаковке, соблюдение условий хранения после вскрытия упаковки, правильную маркировку, в том числе емкостей с жидкими формами. Важно помнить о недопустимости использования перефасованных, немаркированных лекарственных препаратов или вскрытых флаконов и ампул в подразделениях.

Перед назначением лекарственных препаратов необходимо прогнозировать побочные действия, возможные токсические эффекты, взаимодействие с другими лекарственными препаратами с учетом обстоятельств и сопутствующих заболеваний. Поэтому при назначении важно учитывать и документировать в истории болезни следующие факторы риска: аллергические реакции, возраст, сопутствующие заболевания и лекарства, принимаемые пациентом, массу тела, наличие беременности, заболевания почек, печени, психические расстройства, курение, алкоголизм, наркотическую зависимость, прием наркотических или психотропных веществ.

При назначении следует руководствоваться стандартами и клиническими рекомендациями по правильному выбору лекарственного препарата, подбору дозы и пути введения, кратности и времени приема (в том числе с учетом высших разовых и суточных доз).

Вышеуказанные аспекты необходимо фиксировать в соответствующих документах. Для обеспечения безопасности пациентов при передозировке или отравлении лекарственными препаратами в медицинской организации должны быть разработаны алгоритмы действий персонала (включая наличие таблиц противоядий), которыми сотрудники должны владеть.

При осуществлении контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов важно использование стандартных листов назначений, их аккуратное и полное заполнение. В случае вербального назначения лекарственных препаратов необходимо использовать следующий алгоритм: повтор наименования лекарственного

препарата, дозировки, пути введения, сообщение об окончании приема и проч.

Для контроля эффективности лекарственных препаратов необходимы документирование в истории болезни и оценка динамики жалоб, клинических проявлений, лабораторно-диагностических показателей.

Знания и информированность персонала о лекарственных препаратах можно оценить по наличию и доступности справочников лекарственных препаратов, в том числе электронных, с учетом производимых периодических обновлений сведений о новых препаратах, методах лечения.

Пациенты являются активными участниками процесса лечения, применения лекарственных препаратов, поэтому важно то, как осуществляется их информирование о назначенных лекарственных препаратах, возможных альтернативах, побочных действиях. Необходимо уделять особое внимание проведению разъяснительной работы среди пациентов по вопросам лекарственной безопасности, в том числе с использованием брошюр, памяток, постеров, и обучать больных применению назначенных лекарственных препаратов.

Важным направлением работы является внедрение технологий, снижающих риски при использовании лекарственных препаратов: автоматизированных систем раздачи лекарств, персонифицированных упаковок, электронной подписи врача при назначении (нужное лекарство, нужному пациенту, верная дозировка, точное время), программируемых средств доставки лекарств (данному пациенту в нужной дозировке в точное время) и др.

Соблюдение вышеуказанных правил позволит существенно снизить риски, связанные с применением лекарственных препаратов, и обеспечит качественный фармаконадзор в медицинской организации. Системная работа и проведение регулярных аудитов будут способствовать непрерывному совершенствованию мер по обеспечению лекарственной безопасности.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ



✓ **Реализация корректирующих мероприятий в целях обеспечения правильных условий хранения Лекарственных Препаратов**

- Уменьшение запасов и соблюдение правил хранения расходных материалов, лекарственных препаратов (ЛП) **в подразделениях**
- Внедрение контроля за Лекарственными Препаратами с истекающим сроком годности

✓ **Обучение специалистов, ответственных за сбор и направление информации о нежелательных реакциях и проблемах безопасности лекарственных препаратов в Росздравнадзор**

ЛЕКЦИЯ №4

«Хирургическая безопасность»

Классификация ИСМП по локализации:

4 ведущие формы:

- ИМВП – 40%
- Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ)
- ИНДП
- Инфекции кровотока

ИОХВ – это любая клинически распознанная инфекция, поражающая органы и ткани организма человека, затронутые в ходе хирургического вмешательства, и возникающая именно в связи с хирургическим вмешательством в течение 30 дней (без имплантата) или 1 года (с имплантатом) послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ



Данные международного исследования:

- 13% - после чистых операций,
- 16% - после условно чистых,
- 29% - после контаминированных.

По глубине распространения инфекции выделяют:

- Поверхностная ИОХВ разреза (кожа, подкожная клетчатка);
- Глубокая – ИОХВ разреза (фасция, мышцы);
- ИОХВ органа или полости.

Поверхностная ИОХВ инфекция возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза, при этом у пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

- гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
 - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из области поверхностного разреза;
 - хирург намеренно открывает рану, имеется по крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции в области разреза: боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, повышение температуры, за исключением тех случаев, когда посев на раны дает отрицательные результаты;
 - диагноз поверхностной ИОХВ поставлен хирургом или другим лечащим врачом.
- Глубокая ИОХВ - инфекция возникает не позднее 30 дней после операции при

отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, причем есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слои) в области разреза. У пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

- гнойное отделяемое из глубины разреза, но не из органа/полости в месте данного хирургического вмешательства;
- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеется по крайней мере один из следующих признаков : лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) или локализованная боль или болезненность, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результаты;
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза;
- диагноз глубокой ИОХВ поставлен хирургом или другим лечащим врачом. ИОХВ органа/полости - инфекция возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее 1 г. при наличии имплантата в месте операции, причем есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией и вовлекает любую часть организма, исключая разрез кожи, фасции или мышечные слои, которые были открыты или затронуты в процессе операции.

При этом у пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;
- при непосредственном осмотре (во время повторной операции) при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающей орган/полость;
- диагноз ИОХВ органа/полости поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

Факторы риска со стороны пациента:

- пожилой возраст и период новорожденности
- недостаток массы тела
- СД

- ожирение
- сопутствующая инфекция другой локализации
- колонизация носоглотки *S.aureus*
- иммуносупрессия
- высокая продолжительность предоперационной госпитализации

Факторы риска со стороны оперативного вмешательства:

- Особенности предоперационной подготовки – н-р., не надо брить операционное поле
- Техника выполнения операции - молодые врачи
- Несоблюдение правил асептики и антисептики
- Большая длительность операции
- Степень интраоперационной контаминации раны
- Большая кровопотеря в следствие оперативного вмешательства
- Отсутствие периоперационной антибиотикопрофилактики
- Дренирование раны
- Инфекции хирургического персонала (в том числе колонизация *S.aureus*)
- Резистентность бактерий к антимикробной терапии.

Классификация хирургических ран по степени микробной контаминации.

Класс 1 - Чистая рана – характеризуется отсутствием признаков воспаления и вовлечения ЖКТ, МВП, дыхательных путей, а так же отсутствием технических нарушений при выполнении оперативного вмешательства. Краниотомия, спленэтомия, кардиохирургия...

Класс 2 - Условно-чистая рана характеризуется вовлечением ЖКТ, мочеполовых и дыхательных путей; низкой вероятностью контаминации или незначительными техническими нарушениями при выполнении оперативного вмешательства. Холецистэктомия, аппендэктомия, гистерэктомия, простатэктомия, ринопластика, орпльная хирургия, кесарево сечение... – все при отсутствии воспаления

Класс 3 - Контаминированная рана (загрязненная) – имеет признаки острого негнойного воспаления; могут иметь место серьезные технические нарушения в ходе вмешательства (молодые врачи); большой выброс содержимого полых органов; открытые свежие травматические раны. Открытый массаж сердца, аппендэктомия (не гангренозный аппендицит), острый холецистит, ушивание рваной раны более 8 ч.

после травмы

Класс 4 - Грязные раны – старые травматические раны с нежизнеспособными тканями, послеоперационные раны, в области которых уже имелась инфекция или произошла перфорация кишечника (т.е. микроорганизмы присутствовали в области оперативного вмешательства до операции).

Огнестрельные раны, травмы кожи и мягких тканей, загрязненные землей, вскрытие и дренирование абсцесса, перитонит.

Профилактические мероприятия в предоперационном периоде

- 1) Подготовка пациента (сокращение сроков предоперационного пребывания, санация хр. очагов инфекции, отказ от бритья..)
- 2) Подготовка хир. бригады
- 3) Периоперационная антибиотикопрофилактика

Инфекции кровотока

- Нозкомиальные ИКР – клинические признаки ИКР или высеv микроорганизма из крови, выявленные не ранее, чем через 48 часов после поступления.
 - Первичная ИКР – при отсутствии других очагов инфекции той же этиологии (чаще всего связана с в/в катетерами)
 - Вторичная ИКР – развившаяся на фоне других очагов инфекции той же этиологии
- ИМВП - развитие инфекционного процесса в какой-либо части мочевого тракта от наружного отверстия уретры до коркового вещества почек, сопровождающееся микробной колонизацией в моче 10⁴-10⁵ КОЕ/мл.

Оптимизация принципов профилактики ИСМП среди медицинского персонала - важное направление реализации Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.)

Оптимизация включает:

- выявление и учет травм, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые,
- организацию диспансерного наблюдения,
- организацию экстренной и плановой специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Структура аварийных ситуаций

- проколы кожи необработанной иглой ($89,3 \pm 5,8\%$),
- попадание потенциально инфицированного материала на слизистую глаз ($35,7 \pm 9,1\%$),
- попадание на слизистую полости рта ($28,6 \pm 8,5\%$),
- порезы ($25 \pm 8,2\%$),
- попадание крови на поврежденную кожу ($10,7 \pm 5,8\%$),
- попадание крови на слизистую носа ($3,6 \pm 3,5\%$).

Алгоритм неотложных профилактических мероприятий после АС (СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила» СП 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»)

Выводы: У медицинских работников, оказывающих хирургическую помощь населению, отмечается высокий риск профессионального заражения гемоконтактными инфекциями, что связано, в первую очередь, с проведением инвазивных процедур. Большая частота "неучтенных" аварийных ситуаций, что потенциально увеличивает риск профессионального заражения. Недостаточная приверженность врачей и медицинских сестер хирургических специальностей соблюдению алгоритма действий в случае АС