

Татьяна ГРЕНКОВА: “Механизированный способ обработки гибких эндоскопов является оптимальным решением обеспечения инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций”



Широкое внедрение в практику здравоохранения диагностических, лечебных и оперативных эндоскопических вмешательств во многих областях медицины открыло новые возможности в оказании населению высококвалифицированной медицинской помощи. Вместе с тем признаны риски инфицирования пациентов, связанные, прежде всего, с неадекватной обработкой эндоскопов и инструментов к ним.

О проблемах обеспечения инфекционной безопасности эндоскопических вмешательств в беседе с корреспондентом журнала “ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – новая стратегия” рассказала ведущий научный сотрудник лаборатории диагностики и профилактики инфекционных заболеваний ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, кандидат медицинских наук Татьяна Аркадьевна Гренкова.

– Татьяна Аркадьевна, в России официально регистрируются единичные случаи внутрибольничных инфекций, связанные с эндоскопическими вмешательствами. Чем это можно объяснить?

– Справедливости ради необходимо отметить, что не только в нашей стране страдает регистрация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Страх врачей перед административной и юридической ответственностью заставляет умалчивать о случаях инфицирования пациентов. В официальные сводки чаще всего попадают групповые и вспышечные случаи, возникающие в стационарах. Большая часть внутрипросветных эндоскопических исследований проводится в амбулаторных условиях. Как правило, наблюдение за обследованными пациентами не проводится. Кроме того, очень сложно доказать причинно-следственные связи эндоскопических исследований с возникшими инфекционными заболеваниями с длительным инкубационным периодом (туберкулез, ВИЧ-инфекция, парентеральные вирусные гепатиты) или с инфекциями, по поводу которых было проведено исследование.

– Какие, на Ваш взгляд, факторы определяют актуальность проблемы обеспечения инфекционной безопасности при эндоскопических вмешательствах?

– Прежде всего, это рост заболеваемости населения туберкулезом, парентеральными вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, который приводит к увеличению числа источников инфекций среди пациентов эндоскопических подразделений лечебно-профилактических организаций (ЛПО). Современные эндоскопы чрезвычайно сложны. Благодаря наличию в эндоскопе оптики с высоким разрешением, нескольких функциональных каналов врач получает возможность под контролем глаза выявлять и фиксировать очаги поражения, а затем филигранно проводить малоинвазивные оперативные вмешательства. После использования плотность микробиологического загрязнения внешних поверхностей и каналов эндоскопа чрезвычайно велика: от сотен тысяч до триллионов колониеобразующих единиц на 1 см² в зависимости от вида проведенного вмешательства. Помимо патогенной микрофлоры, в последнее десятилетие большую ак-

туальность приобретают условно-патогенные микроорганизмы с множественной и экстремальной устойчивостью к антимикробным препаратам, так называемые ESCAPE-патогены. Вместе с тем очистка и обеззараживание эндоскопов представляет собой сложный многоступенчатый процесс, который почти в 90% ЛПО нашей страны проводится ручным способом, что не исключает ошибки медицинского персонала.

– Что необходимо предпринять, чтобы повысить эффективность очистки и деkontаминации эндоскопов?

– Внедрение механизированного способа обработки гибких эндоскопов является оптимальным решением этой проблемы. В моему дезинфицирующих машинах (МДМ) процесс обработки эндоскопов не только стандартизован, но и валидирован. В ходе цикла осуществляется непрерывный контроль критических параметров (давление и скорость потока рабочих растворов, их физико-химические характеристики, экспозиция) в автоматическом режиме. При отклонении любого из перечисленных параметров от за-

данного машина прерывает цикл и классифицирует ошибку на дисплее. При успешном завершении цикла значения основных параметров будут приведены в отчете-чеке. Современные модели МДМ могут идентифицировать и указывать в чеке номер обрабатываемого эндоскопа, код оператора, что важно при проведении эпидемиологического расследования, связанного с инфицированием пациента. Большим плюсом к использованию МДМ является уменьшение времени занятости медицинской сестры обработкой эндоскопа, снижение воздействия на нее физической, химической и биологической нагрузок. Исследования, проведенные специалистами нашего института еще в 2009 году, показали, что при обработке колоноскопов ручным способом имели место неэффективные циклы. При микробиологическом контроле из смывов с биопсийных каналов 12% обследованных аппаратов были выделены условно-патогенные микроорганизмы в количествах от одного до 4 Ig КОЕ/мл. В то же время после окончательной очистки ручным способом с использованием щеток и цикла в МДМ все эндоскопы были эффективно деконтаминированы.

– Что, на Ваш взгляд, еще отрицательно влияет на эффективность системы инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций?

– В основном недостаточное материальное обеспечение и техническое оснащение эндоскопических подразделений ЛПО, в том числе современными эндоскопами, моюще-дезинфицирующими машинами, шкафами для асептического хранения, тележками, эффективными средствами очистки, дезинфекции высокого уровня, антисептиками, а также неукomплектованность эндоскопических отделений средним медицинским персоналом.

– Поясните, пожалуйста, ситуацию с кадровым обеспечением эндоскопических подразделений.

– К сожалению, количество штатных единиц среднего медицинского персонала эндоскопических

кабинетов/отделений явно недостаточно. Эффективную обработку эндоскопов может обеспечить только хорошо обученный и аттестованный персонал, численность которого необходимо определять исходя из рабочей нагрузки и технического оснащения эндоскопического отделения. Продолжительность цикла обработки эндоскопа ручным способом, по данным наших исследований, составляет 70 ± 21 минута, что порой соответствует длительности самого исследования. Между тем, в приказе МЗ № 222 “О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения РФ” время, необходимое на обработку эндоскопа, не учтено ни в трудозатратах среднего медицинского персонала, ни в длительности исследования. В связи с этим медицинская сестра часто испытывает дефицит времени, что вынуждает ее в ущерб безопасности пациента сокращать время обработки эндоскопа, нарушая действующий СП 3.1.1275-03. Санитарными правилами СП 3.1.2659-10 “Изменения и дополнения №1 к СП 3.1.1275-03 “Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях” в п.2.8 выдвинуты требования к персоналу, занимающемуся обработкой эндоскопов: специально выделенный, штатный, обученный. В какой-то мере это дало основание многим руководителям ЛПО ввести дополнительную штатную единицу специально для обработки эндоскопов. Сложнее обстоят дела с обучением и аттестацией медицинского персонала, занимающегося обработкой эндоскопов.

За 10-ти летний период специалисты нашего института на московских базах, а также на базе Kazанского образовательного центра высоких медицинских технологий обучили около 1000 специалистов эндоскопических подразделений и госпитальных эпидемиологов на циклах повышения квалификации “Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций”. Это очень мало. Обучение медицинского персонала эндоскопических отделений необходимо проводить на плановой и регулярной основе. Возможны различные формы обучения: очные циклы, интернет-семинары,

интернет-конференции, территориальные конференции. Целесообразно пересмотреть программы сертификационных циклов по специальности, предусмотрев учебный блок по обеспечению инфекционной безопасности при эндоскопических вмешательствах.

– Что планируется предпринять в ближайшее время для решения неотложных задач в области повышения инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций?

– Ведущие эндоскописты страны, представляющие Российское эндоскопическое общество, составили и передали для рассмотрения и утверждения в Министерство здравоохранения РФ “Порядок оказания эндоскопической помощи населению Российской Федерации”. Мы возлагаем на этот документ большие надежды, прежде всего, в области изменения штатного расписания и утверждения табеля оснащения, который был составлен с нашим участием.

В соответствии с Распоряжением и.о. руководителя Роспотребнадзора объединены усилия специалистов ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, ФБУН НИИД, ФГУЗ ЦГиЭ и Российского эндоскопического общества по подготовке новой редакции СП 3.1.1275-03 “Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях”. Планируем уже осенью представить проект документа на широкое обсуждение. Мы ставим перед собой задачу охватить все факторы, оказывающие влияние на обеспечение инфекционной безопасности эндоскопических вмешательств. Не вызывает сомнения, что для повышения инфекционной безопасности эндоскопов надо уходить от ручного способа их обработки и в перспективе переходить к проведению дезинфекции высокого уровня в МДМ. Сделать это одновременно быстро во всех ЛПО страны невозможно, однако в крупных медицинских организациях с большими объемами оказания медицинской помощи с использованием эндоскопических методов это необходимо сделать в первую очередь.

Записала А. Стоянова