

Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
Дніпровська міська рада
Департамент охорони здоров'я населення
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів
Українська асоціація громадського здоров'я
За участю:
Міністерства охорони здоров'я України
Представництва ВООЗ в Україні
Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ: СТАН І ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року

*За заг. ред. директора ДУ «Інститут громадського здоров'я
ім. О. М. Марзєєва НАМН України» академіка НАМН України А. М. Сердюка
і ректора ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої*

Київ – 2017

УДК 616-052-049.5(477)(06)

Б40

*Рекомендовано до видання спільним засіданням вченої ради
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
і ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».*

Редакційна колегія

Голова: **Скалецький Ю. М.** – завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

Члени редколегії: **Бадюк М. І.** – начальник кафедри організації медичного забезпечення Збройних Сил Української військово-медичної академії; **Жаховський В. О.** – провідний науковий співробітник відділу організації медичного забезпечення ЗС НДІ проблем військової медицини Української військово-медичної академії; **Савіна Р. В.** – завідувач науково-координаційного відділу ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»; **Шевченко О. А.** – начальник науково-дослідного сектору ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Рецензенти:

Коваленко В. М. – академік НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М. Д. Стражеска» НАМН України»;

Хоменко І. П. – член-кореспондент НАМН України, головний хірург МО України.

Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року / За загальною редакцією академіка НАМН України А. М. Сердюка та члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої. – К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2017. – 200 с.

ISBN 978-617-7288-54-0

Міжнародна науково-практична конференція «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення» (м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року) підтвердила надзвичайну актуальність цієї проблеми в країні, виявила принципові прорахунки в підходах до впровадження системи управління якістю у вітчизняних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), недостатню обізнаність медичного персоналу щодо масштабів наслідків дефектів надання медичної допомоги.

Організатори заходу впевнені, що цей збірник матеріалів, у якому показана ситуація з безпекою пацієнтів у світі, країні, окремих ЗОЗ, аналізується досвід попередження інцидентів у медичній практиці, пропонуються регіональні проекти з розбудови безпечного лікарняного середовища та концепції державної стратегії з мінімізації проблеми безпеки пацієнтів, стане в нагоді не лише фахівцям клінічного спрямування, організаторам охорони здоров'я, науковцям, професорсько-викладацькому складу, а й спеціалістам з гігієни та охорони праці в медичній галузі, представникам страхових компаній, розробникам медичного обладнання та апаратури, студентам медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації і, безумовно, політикам.

УДК 616-052-049.5(477)(06)

*У разі повного або часткового використання матеріалів збірника посилання
на публікацію обов'язкове.*

ISBN 978-617-7288-54-0

© Колектив авторів, 2017

Висновок:

1. В Україні проблемі безпеки пацієнтів на державному рівні приділяється недостатньо уваги.

2. У державі в цілому і в регіонах зокрема немає належної інформаційної бази для прийняття управлінських і політичних рішень з мінімізації шкоди, асоційованої з наданням медичної допомоги.

**Челлендж по антимикробной резистентности
в пульмонологии как основа таргетной
и безопасной антибактериальной терапии ИНДП**

Перцева Т. А.

Еще на церемонии вручения Нобелевской премии в 1945 году Александр Флеминг заявил: *«...В лабораторных условиях можно легко сделать микробы устойчивыми к пенициллину, используя концентрации, не способные убить их... этого следует остерегаться в теле человека...»*. С тех пор человечество и ведет борьбу с антибиотикорезистентностью.

Очень красочно механизм приобретения устойчивости к антибиотикам продемонстрировали ученые из Гарвардского медицинского университета, представившие свою модель «Эволюции бактерий»: на края поверхности большой чаши Петри помещаются изоляты бактерий, которые начинают расти до полоски с антибиотиком, затем некоторые микроорганизмы, эволюционируя, приобретают устойчивость к антибиотикам и успешно пересекают полосу антибиотика; так через 11 дней чаша Петри полностью заполняется микробами, резистентными к этим антибиотикам.

Выделяют несколько механизмов антибиотикорезистентности:

1. Мутация. Некоторые антибиотики, например фторхинолоны, ингибируя жизненно важный фермент микробной клетки – ДНК-гиразу, вызывают гибель бактерии. В результате генных мутаций обмен веществ микроорганизма может быть изменён таким образом, что блокируемые антибиотиком биохимические реакции больше не являются критичными для жизнедеятельности данного микроорганизма.

2. Разрушение или инактивация. Многие бактерии способны вырабатывать энзимы, которые химически разрушают или деактивируют антибиотик. К настоящему времени описано более 200 ферментов. Самый популярный пример – устойчивость микроорганизмов к β -лактамам, что является ферментативной инактивацией в результате гидролиза одной из связей β -лактамного кольца ферментами β -лактамазами.

3. Эффлюкс – активное выведение антибиотика из микробной клетки через эффлюксные насосы. Пример – пневмококк выводит 14- и 15-членные макролиды.

В настоящее время доказано, что распространенность различных механизмов резистентности среди разных видов микробов может значительно варьировать в различных странах и регионах. Именно поэтому среди ожидаемых причин смерти к 2050 году на первом месте стоит сегодня антимикробная резистентность.

Пути к решению проблемы антибиотикорезистентности в пульмонологии

В 2016 году Европейским респираторным сообществом была опубликована монография по рациональной антибактериальной терапии респираторных инфекций. Она гласит, что из-за увеличения числа жителей, часто и надолго госпитализирующихся в медицинские учреждения, и других, получающих терапию различными иммунодепрессивными препаратами, мультирезистентные организмы, вызывающие негоспитальную пневмонию, представляют собой новую проблему. Самыми частыми мультирезистентными микроорганизмами в пульмонологии являются *P. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*, резистентные к бета-лактамам расширенного спектра. В целом распространенность мультирезистентности основных респираторных возбудителей (пневмококк и гемофильная палочка) в Европе остается низкой (7,6 % в Испании, 3 % в Великобритании). Одним из наиболее проблемных респираторных возбудителей в плане мультирезистентности является метициллин-резистентный *S.aureus* (MRSA).

С целью определения чувствительности основных респираторных возбудителей к антибиотикам Украина постоянно принимает участие в международном клиническом исследовании SOAR. Согласно последним опубликованным данным, большинство штаммов пневмококка и гемофильной палочки сохраняют высокую чувствительность к амоксициллину и амоксициллину/клавуланату, что в большей степени предопределяет актуальность назначения данных препаратов при инфекции дыхательных путей.

В 2016–2017 гг. были опубликованы результаты рандомизированного исследования по тяжелой негоспитальной пневмонии Community-Acquired Pneumonia in Intensive Care Study (CAPUCI) study, которое показало:

1. Преимущество назначения бета-лактама в комбинации с макролидом по сравнению с антибиотиком широкого спектра действия у больных без ХОЗЛ и бронхоэктазов.
2. Огромную роль различных диагностических экспресс-тестов и посевов.

3. Необходимость наиболее ранней дэскалации АБТ даже у пациентов с сепсисом и септическим шоком.

В современной микробиологии сложились тренды по глобальному росту антирезистентности на фоне практически отсутствия новых антибиотиков, регистрируемых FDA.

Кроме того, необходимым является соблюдение принципов безопасного назначения антибактериальных препаратов. Так, например, пенициллины химически несовместимы с гепарином, гентамицином, левомицетином, эуфиллином, барбитуратами, а фармакокинетически – с фуросемидом и системными глюкокортикостероидами. Побочными явлениями, встречающимися при назначении пенициллинов, являются аллергические реакции, нейротоксические реакции, дисбактериоз, лейкопения, тромбоцитопения. Макролиды нельзя вводить в одном шприце с витаминами группы В, аскорбиновой кислотой, гепарином, а побочные реакции включают диспептические явления, стоматиты, гингивиты, холестаза, флебит (при в/в введении). Цефалоспорины I поколения нельзя сочетать с нефротоксичными препаратами (фуросемид, индометацин), а цефалоспорины III и IV поколения – с гепатотоксичными лекарствами. Нежелательные явления, встречающиеся при введении цефалоспоринов, – аллергия, болезненность в месте введения, нефро-, нейро-, гепато- и гематотоксичность, дисбактериоз. Респираторные фторхинолоны следует с осторожностью назначать одновременно с препаратами, удлиняющими интервал QT. А при одновременном применении с глюкокортикостероидами повышается риск разрыва сухожилий, особенно у пожилых, совместно с препаратами, ощелачивающими мочу нефротоксических эффектов. После назначения фторхинолонов встречаются артропатия, артралгия, миалгия, тендинит, транзиторный нефрит, удлинение интервала QT на ЭКГ, кандидоз слизистой оболочки полости рта и/или вагинальный кандидоз, псевдомембранозный колит и др.

Післяопераційні ускладнення та проблеми безпеки пацієнтів в кардіохірургії

Лазоришинець В. В., Крикунов О. А.

Сучасна кардіоторакальна хірургія – це складна соціотехнічна система, що охоплює унікальні техніку та апаратуру, лікарів високого рівня підготовки та пацієнтів підвищеного ступеня ризику. Ми працюємо в умовах критичного рівня безпеки, складність надаваної медичної допомоги і фактори ризику з боку пацієнта експоненціально збільшують потенціальний ризик можливих ускладнень.