

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

*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 безпечної 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.*

дезінфекційних заходів у ЛПУ потребують негайного перегляду та докорінної зміни, оскільки наразі повністю відсутній механізм обліку використання дезінфекційних засобів і, як наслідок, неможливе визначення повноти та обсягу здійснених ефективних дезінфекційних заходів.

Інфекційний контроль – основа біобезпеки в медичних закладах

Андрєєва І. А., Дідунова І. І., Мамай П. М., Степанський Д. О.

Стратегічним завданням охорони здоров'я є надання якісної медичної допомоги й створення безпечного лікування середовища. На сучасному етапі для забезпечення епідемічної безпеки та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій використовуються заходи інфекційного контролю. Стратегія підвищення якості медичної допомоги через упровадження в практику охорони здоров'я системи інфекційного контролю доводить її успішність на досвіді багатьох країн світу. Метою інфекційного контролю є зниження захворюваності, летальності й економічного збитку від внутрішньолікарняних інфекцій. Крім того, у стаціонарах ця система покликана поліпшити якість медичної допомоги й забезпечити захист здоров'я персоналу.

Інфекційний контроль (ІК) визначається як комплекс ефективних організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, що базується на результатах епідеміологічної діагностики. У цьому визначенні відображено принципову відмінність стратегії боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями на основі визнаної в багатьох країнах системи інфекційного контролю від діючої дотепер в Україні стратегії регулюючих заходів, які представлено в раніше розроблених нормативних документах. Донедавна традиційні для нашої країни регулюючі заходи передбачали абсолютний диктат зовнішніх організацій (нормативних документів), порівняння даних про випадки ВЛІ із зовнішніми стандартами, інспективний характер відносин з окремими ЛПЗ, покарання за недотримання зовнішніх стандартів. На відміну від них, упровадження системи інфекційного контролю переносить головний напрям боротьби з ВЛІ до кожного конкретного стаціонару, де за умов постійної спрямованості на поліпшення та навчання принципам інфекційного контролю персонал сам ставить мету та визначає методи її досягнення, постійно збирає дані для внутрішньої оцінки стану стосовно внутрішньолікарняних інфекцій, а недоліки розцінюються як вади впроваджені в цьому стаціонарі системи інфекційного контролю, а не конкретної особи. Тільки такий підхід може сприяти пошуку шляхів поліпшення епідемічної ситуації в кожному конкретному стаціонарі та в країні в цілому.

Упровадження системи інфекційного контролю передбачає зміни в організаційній структурі ЛПУ, а саме створення комісії інфекційного контролю (КІК), основним завдання якої є координація заходів персоналу лікарні з метою попередження виникнення внутрішньолікарняних інфекцій. Однією з центральних фігур у розробці та реалізації програм інфекційного контролю є госпітальний епідеміолог, завдання якого полягає в накопиченні достовірної інформації про кількість хворих на гнійно-запальні захворювання та про особливості лікувально-діагностичного процесу з усіх відділень стаціонару, з бактеріологічної лабораторії – даних про мікроорганізми, що циркулюють у відділеннях стаціонару, та їх антибіотикостійкість. Невід’ємною частиною інфекційного контролю є мікробіологічний моніторинг з використанням комп’ютерної програми WHONET, результати якого надають можливість раціонально призначати антибіотики не тільки після визначення чутливості до лікарського препарату мікроорганізму, виділеного з біологічного матеріалу конкретного пацієнта, але й на підставі моніторингу отриманих раніше результатів, що значно зменшує час вибору препаратів і підвищує ефективність лікування, сприяє стримуванню формування антибіотикорезистентності циркулюючих штамів мікроорганізмів. Госпітальний епідеміолог проводить аналіз отриманих даних, бере участь у розробці епідемічно безпечних алгоритмів, доводить результати аналізу до медичних працівників та діючої комісії з інфекційного контролю свого лікувального закладу. Остання на підставі наданих даних приймає управлінські рішення. Таким чином, система інфекційного контролю не вміщує суворо обумовлених кроків (наказ, припис), а має клінічне спрямування і ставить за кінцеву мету поліпшення якості лікувального процесу. У цілому програма інфекційного контролю має включати:

- організаційну структуру управління системою ІК;
- епідеміологічний нагляд;
- мікробіологічний моніторинг;
- комплекс профілактичних і протиепідемічних заходів;
- заходи, спрямовані на охорону здоров’я медичного персоналу;
- систему навчання медичного персоналу.

В Україні досвід упровадження системи інфекційного контролю вкрай недостатній. Тому важливим завданням є підготовка спеціалістів для роботи в системі інфекційного контролю, яка повинна забезпечити можливість оволодіння знаннями з основ інфекційного контролю відповідно до навчальних програм підготовки й підвищення кваліфікації фахівців згідно з міжнародними нормами та рівнями знань.

Таким чином, ефективна профілактика та контроль за внутрішньолікарняними інфекціями потребують координації зусиль як на рівні лікувально-профілактичних закладів, так і на регіональному та національному рівнях. Ураховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що в Україні назріла на-

гальна потреба в розробці національної програми інфекційного контролю, якою має бути передбачено комплекс загальних правил і вимог до організації інфекційного контролю в стаціонарах різного профілю в межах усієї країни.

Динаміка антибіотикорезистентності збудників інфекційного ендокардиту

*Крикунов О. А., Буряк Р. В., Колтунова Г. Б., Списаренко С. П.,
Малишева Т., Пустовалова Г. О., Хмелевський А. М.*

Анотація. Розширення спектру збудників інфекційного ендокардиту (ІЕ) та зростання антибіотикорезистентності мікроорганізмів мають негативний вплив на виникнення ускладнених форм перебігу захворювання та зростання госпітальної летальності.

Мета роботи: вивчити антибіотикорезистентність грампозитивних і грамнегативних збудників активного клапанного інфекційного ендокардиту.

Матеріали та методи. Основу дослідження складають клінічні дані 116 хворих на інфекційний ендокардит, які пройшли обстеження та лікування в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України» з 01.01.2014 по 01.12.2016.

Результати та обговорення. Мікробіологічний спектр збудників інфекційного ендокардиту свідчить про перевагу *Staphylococcus* spp. – 65 (56 %) випадків. *Streptococcus* spp. та *Enterococcus* spp. були ідентифіковані в 11 (9,5 %) та 27 (23,3 %) випадках відповідно. Грамнегативні збудники та грибкова мікрофлора були виділені в 10 (8,6 %) та 2 (1,7 %) випадках відповідно. Проведений аналіз виявив, що серед грампозитивних мікроорганізмів інфекційного ендокардиту реєструється 70,1 % оксацилінрезистентних збудників. Це свідчить, що для 2/3 хворих у схемі емпіричної антибіотикотерапії не можуть бути застосовані препарати пеніцилінового та цефалоспоринового ряду. У цих хворих необхідно застосовувати альтернативні препарати з груп глікопептидів, ліпопептидів та лінезолід, при цьому частка резистентних штамів до *Vancomycin* та *Linezolid* становила 22,1 та 4,8 % випадків відповідно. Резистентність до *Gentamicin* становила 27,9 % випадків. Таким чином, для досягнення синергізму дії комбінації антибіотиків бажано поєднувати групи бактерицидних препаратів (глікопептиди, ліпопептиди) з аміноглікозидами. Не було зареєстровано резистентності до *Tigecycline*, але бактеріостатичність дії цього препарату обмежує його застосування у випадках ІЕ.

Висновок. Регіональна тактика застосування антибіотиків для лікування інфекційного ендокардиту має базуватися на даних постійного мікробіологічного моніторингу місцевих провідних збудників цих інфекцій та їх чутливості до антибіотиків.