

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ВРАЧА-ЭПИДЕМИОЛОГА

■ А.Р. Волконская, А.Ю. Чистякова

Урало-Сибирский Центр по профилактике ВБИ при ФБУН ЕНИИВИ Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Наносимый внутрибольничными инфекциями социально-экономический ущерб огромен и трудноопределим. Несмотря на колоссальные достижения в области лечебно-диагностических технологий, в частности технологий стационарного лечения, проблема ИСМП остаётся одной из наиболее острых и приобретает всё большую медицинскую и социальную значимость. Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, ИСМП развиваются у 5—20% госпитализированных больных.

Рост ИСМП в современных условиях порождён комплексом следующих факторов.

- Создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией: большой плотностью населения, представленного преимущественно ослабленными контингентами (пациентами) и медицинским персоналом.

- Постоянное и тесное общение больных между собой, замкнутость окружающей среды (палаты для больных, кабинеты для диагностики и лечебных процедур), своеобразие её микрофлоры, представленной преимущественно устойчивыми к антибиотикам штаммами условно-патогенных микроорганизмов.

- Формирование мощного искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекций, обусловленного инвазивными лечебными и диагностическими процедурами. Существенное значение имеет всё более широкое применение сложной техники для диагностики и лечения, требующей особых методов стерилизации.

- Активация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактно-бытового, в условиях тесного общения больных и медицинского персонала в лечебных учреждениях.

- Большое количество источников инфекции в виде пациентов, поступающих в стационар с нераспознанными инфекционными болезнями, а также лиц с ИСМП, осложняющими основное заболевание в стационаре. Важная роль принадлежит медицинскому персоналу (носителям, больным стёртыми формами).

- Широкое, подчас бесконтрольное применение антимикробных препаратов. Не всегда достаточно продуманная стратегия и тактика их назначения для

лечения и профилактики заболеваний способствует появлению лекарственной устойчивости микроорганизмов.

- Формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, характеризующихся высокой устойчивостью к лекарственным средствам и неблагоприятным факторам окружающей среды (ультрафиолетовому облучению, высушиванию, действию дезинфицирующих препаратов).

- Увеличение количества групп риска, формируемых пациентами, выживаемыми и излечиваемыми благодаря достижениям современной медицины.

- Общее снижение резистентности организма у населения, в силу его эволюционной неподготовленности к стремительно изменяющимся условиям жизни в связи с бурным научно-техническим прогрессом и его теневыми сторонами – загрязнением окружающей среды, экологическим кризисом, изменением условий жизни населения (гиподинамия, стресс, неблагоприятное воздействие на организм шума, вибрации, магнитных полей и др.).

- Медленная психологическая перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривающих многие ИСМП (пневмония, пиелонефрит, воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки и др.) как неинфекционную патологию и несвоевременно осуществляющих или вовсе не проводящих необходимые противоэпидемические и профилактические мероприятия.

В последние годы отмечено увеличение количества лиц с различными нарушениями в системе иммунитета; для них ИСМП становятся основной причиной заболеваемости и смертности.

Присоединяющиеся ИСМП перещерчивают усилия, затраченные на проведение сложных операций или выживание новорождённых. Наслаиваясь на основное заболевание, ИСМП оказывают большое влияние на состояние организма: ведут к удлинению сроков лечения, хронизации процесса, а в наиболее тяжёлых случаях — к смерти больного.

Всё большее беспокойство эта проблема вызывает в России. Ежегодно, по далеко не полному данным, в Российской Федерации регистрируют 50—60 тыс. случаев ИСМП. Вместе с тем регистрируемый уровень заболеваемости ИСМП в России далеко не полностью отражает истинное положение вещей.

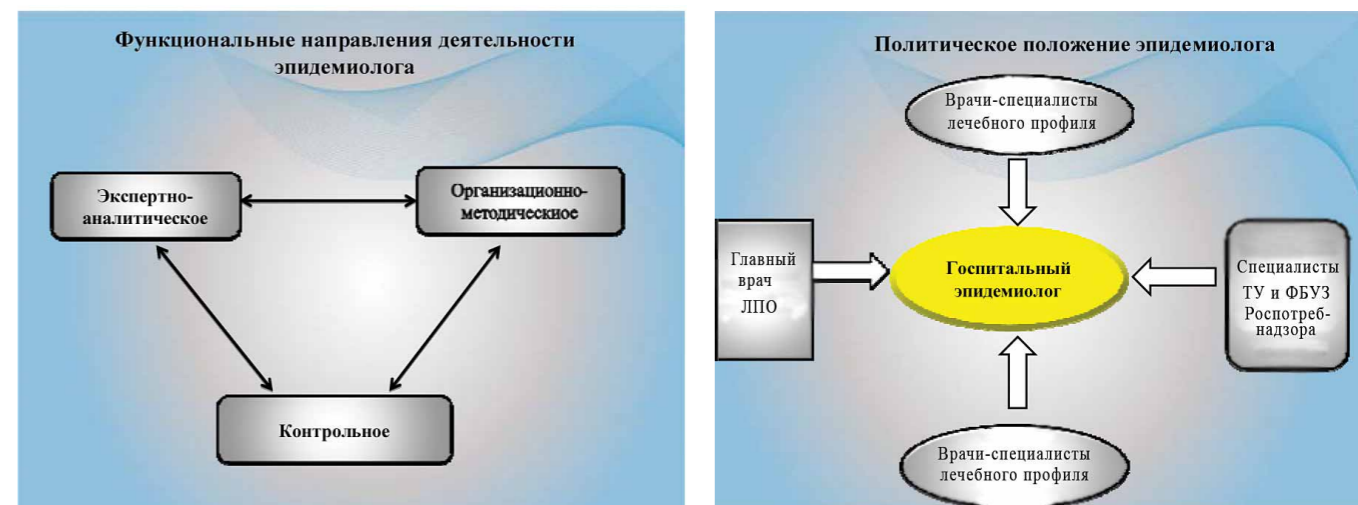
Проблему ИСМП изучают и рассматривают в различных аспектах, в том

числе в экономическом и социальном. Экономический ущерб, вызванный ИСМП, складывается из прямых и дополнительных затрат, связанных с увеличением срока пребывания пациента в стационаре, лабораторным обследованием, лечением (антибиотики, иммунопрепараты и др.). По данным американских авторов, стоимость дополнительного пребывания в стационаре из-за ИСМП составляет ежегодно от 5—10 млрд. долларов США.

Социальный аспект ущерба касается нанесения вреда здоровью пострадавшего, вплоть до инвалидности при некоторых нозологических формах, а также увеличения летальности пациентов. По данным ВОЗ, показатель летальности среди госпитализированных с ИСМП в 10 раз превышал таковой у лиц без инфекции.

Правовые аспекты профилактической и противоэпидемической деятельности в общем виде закреплены в Конституции Российской Федерации. Россия является демократическим и правовым государством (статья 1), где высшей ценностью является человек, его права и свобода (статья 2), которые гарантируются согласно общепризнанным принципам и нормам международного права (статья 17). В соответствии с Конституцией Российской Федерации (1993, ст. 42) каждый гражданин России имеет право на благоприятную среду обитания и достоверную информацию о её состоянии. «Гражданский кодекс Российской Федерации» (глава 59), «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья населения» (1993), Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения России» (1999) и «Положение о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации» (1998) регламентируют права и обязанности граждан и медицинских работников в решении задач санитарно-эпидемиологического благополучия и сохранения здоровья населения.

Рассмотрение этических и правовых аспектов деятельности по борьбе и профилактике инфекционных и паразитарных болезней должно исходить из обстоятельства, что они, в отличие от соматических болезней, представляют опасность не только для самого больного, но и для окружающих его лиц. Следовательно, обоснованием многих проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий служит общественный интерес.



Сфера интересов госпитального эпидемиолога

В этом случае государство в лице служб государственного санитарно-эпидемиологического надзора и здравоохранения выполняет по-существу полицейские функции, осуществляя принудительное вмешательство в жизнь гражданина в соответствии с правовыми нормами, закреплёнными в Конституции и других законах государства.

В настоящее время в своей ежедневной работе госпитальный эпидемиолог руководствуется 2-мя основными документами:

- Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 220 от 17 сентября 1993 года «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации», в котором четко прописано положение о враче-эпидемиологе стационара

- Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; утверждена Главным государственным санитарным врачом РФ Г. Г. Онищенко 06.11.2011 разделы: совершенствование штатной структуры и кадрового обеспечения эпидемиологической деятельности в организациях здравоохранения, создание на федеральном и региональном уровнях комиссий по профилактике ИСМП, отделов эпидемиологического профиля в органах управления здравоохранением.

Другие нормативные документы по работе лечебных организаций по профилактике ИСМП не дают никаких указаний о том, как должна строиться работа госпитального эпидемиолога, нет конкретных указаний — кто должен выполнять те или иные пункты нормативных документов. И зачастую считают, что все должен делать эпидемиолог.

Работа врача-эпидемиолога требует сотрудничества с администрацией больницы, понимания и поддержки руководителей терапевтических, хирур-

гических отделений, службы среднего медицинского персонала.

Не существует единой формулы для взаимодействия: каждая больница не похожа на другие, в каждой больнице — свои проблемы, в каждой больнице — свой персонал.

Необходима оптимизация функциональных обязанностей врача-эпидемиолога (помощника эпидемиолога) учреждения здравоохранения с акцентом на организационно-методическую, диагностическую и экспертную деятельность;

К сожалению, разработка функциональных (должностных) обязанностей на сегодняшний день зависит от требований главного врача и предложений (рекомендаций) отделов эпидемиологического профиля в органах управления здравоохранением (там, где они есть) или других структур органов здравоохранения, курирующих данный раздел работы.

Зачастую на эпидемиологов «сваливают» не всегда свойственную им работу: работу по проектированию и реконструкции помещений, замещение работы АХЧ по уборке территории и вывозу бытового мусора, контроль технического состояния вентиляции, контроль за действием физических и химических факторов, заключение договоров на вывоз отходов класса Б, да и иногда контроль качества ремонтов, работы пищеблока и т.п.

Госпитальный эпидемиолог: — это врач, имеющий опыт работы в больнице и работающий как основной работник или выполняет обязанности больничного эпидемиолога по совместительству имеет специальную подготовку по методам инфекционного контроля и эпидемиологического анализа.

Организационные аспекты госпитальной эпидемиологии:

Взаимосвязь больницы (в основном эпидемиолога) и внешних учреждений и организаций, контакты с персоналом,

в т.ч. заместителями главного врача и заведующими отделениями, врачами, главной медсестрой.

Кому отчитывается госпитальный эпидемиолог? Конечно главному врачу, по специальным вопросам и запросам — органам Роспотребнадзора и Росздрава.

Полномочия госпитального эпидемиолога — должны быть юридически закреплены, т.к. на сегодняшний день только в должностных обязанностях могут указывать полномочия, но практически они очень скромные.

Ресурсы в работе — организация рабочего места врача — эпидемиолога, программное обеспечение его деятельности, информационные системы, сетевое взаимодействие с подразделениями ЛПО и др.

Основные компоненты эффективной программы инфекционного контроля — эпиднадзора за ИСМП (исследование SENIC)

На каждые 250 коек — одна полная ставка специалиста по инфекционному контролю (госпитального эпидемиолога) при этом оптимальное соотношение может быть и иным в зависимости от профиля и коенной мощности ЛПО.

Для сравнения, согласно 220 приказу 1 эпидемиолог только от 300 коек до 1000! и без помощника

Госпитальный эпидемиолог — врач, прошедший специальное обучение по эпидемиологии и профилактике ИСМП

Проведение эпидемиологического наблюдения, текущий и ретроспективный эпиданализ с выводами, сообщением его результатов руководству ЛПО и предложениями по профилактике

Проведение контроля за профилактическими мероприятиями.

Для эффективной работы госпитальных эпидемиологов необходим новый приказ МЗ РФ, в котором должны быть четко прописаны количество ставок, с учетом профиля ЛПО и их мощностей, а также правовой статус и функциональные обязанности.