

Концепция «Изолированный пациент»

Уход за пациентом в критическом состоянии с
использованием закрытых систем.
Предупреждаем ИСМП.
Защищаем себя.

11 октября 2019г.

г.Тверь ОКБ

Роль медицинской сестры в многопрофильном стационаре

Светлана Черемных - менеджер по группе продукции «Анестезиология-реанимация» ЗАО «КонваТек»

Виктория Сарумова - менеджер по работе с ключевыми клиентами ЗАО «КонваТек»

АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНАЯ ФЛОРА–ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

- Устойчивость к антибиотикам является сегодня одной из наиболее серьезных угроз для здоровья человечества, продовольственной безопасности и развития*
- Устойчивость к антибиотикам может затронуть любого человека, в любом возрасте и в любой стране*



**Всемирная организация
здравоохранения**

«Отчет подтверждает, что ситуация с
устойчивостью к антибиотикам в мире тяжелая»

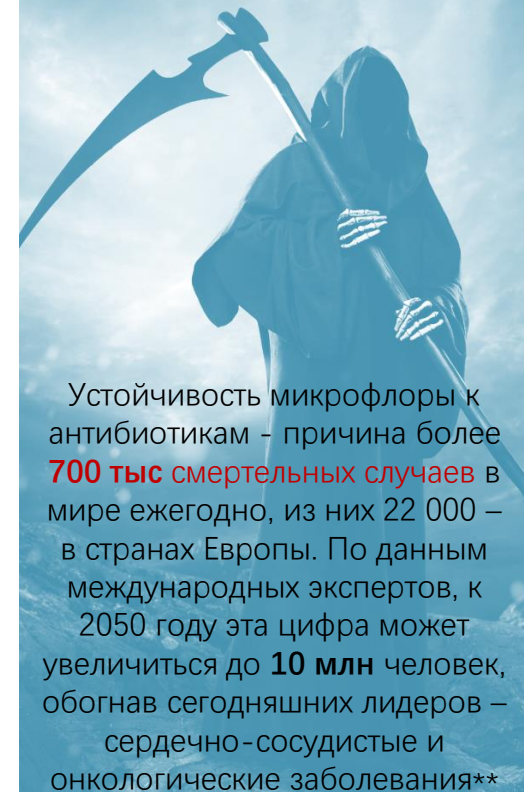
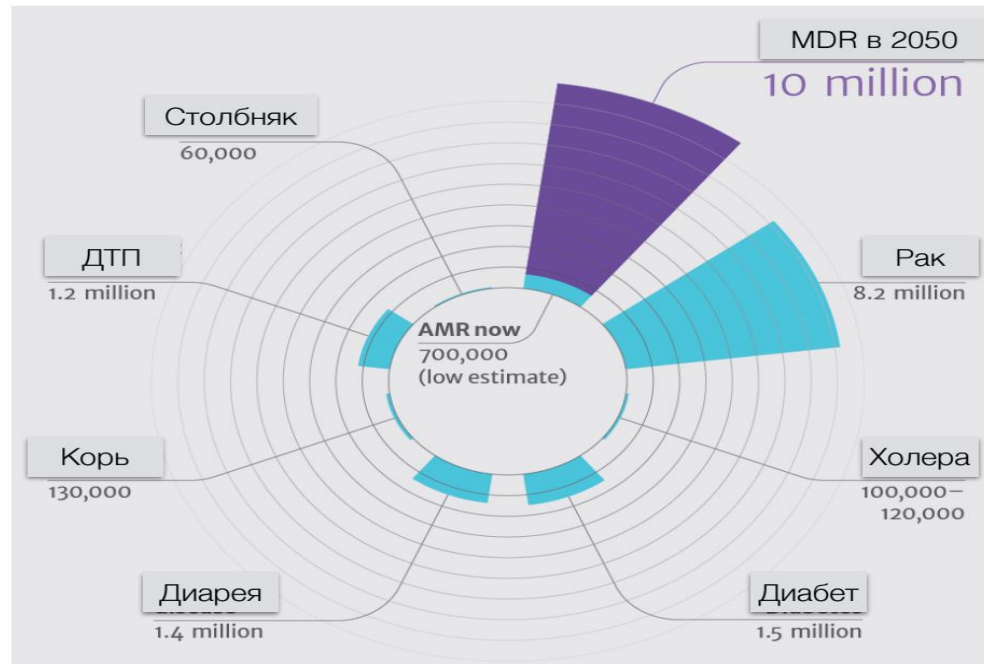
Марк Спренгер, директор Департамента ВОЗ по борьбе
с устойчивостью к противомикробным препаратам...*



НЕГАТИВНЫЙ СЦЕНАРИЙ

*Летальность от антибиотико-резистентных возбудителей**

- Инфекционные заболевания могут стать неизлечимыми [ВОЗ, 2014]
- Коллапс в создании и внедрении в практическую медицину новых антибактериальных препаратов



ПОТЕРИ ОТ ИСМП

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2-3 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции.

- В среднем **на 10 дней** задерживается их выписка
- **В 3-4 раза** возрастает стоимость лечения
- **В 5-7 раз** возрастает риск летального исхода
- Экономический ущерб от ИСМП: **10-15 млрд. рублей в год***
- ИСМП существенно снижают качество жизни пациента, приводят к потере репутации учреждения здравоохранения*

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Администрация лечебных учреждений и медицинский персонал несут особую ответственность за предотвращение приобретения пациентами инфекций в результате медицинских решений и мер вмешательства.

Краеугольным камнем безопасности пациентов по праву считается профилактика инфекций**.



*Национальная концепция, по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи Главного Государственного Санитарного Врача РФ от 06.11.11

**<http://www.who.int/drugresistance/surveillance/ru/>

В ЗОНЕ РИСКА

Медицинские сестры подвергаются ежедневному риску заражения при работе с инфицированным биологическим материалом

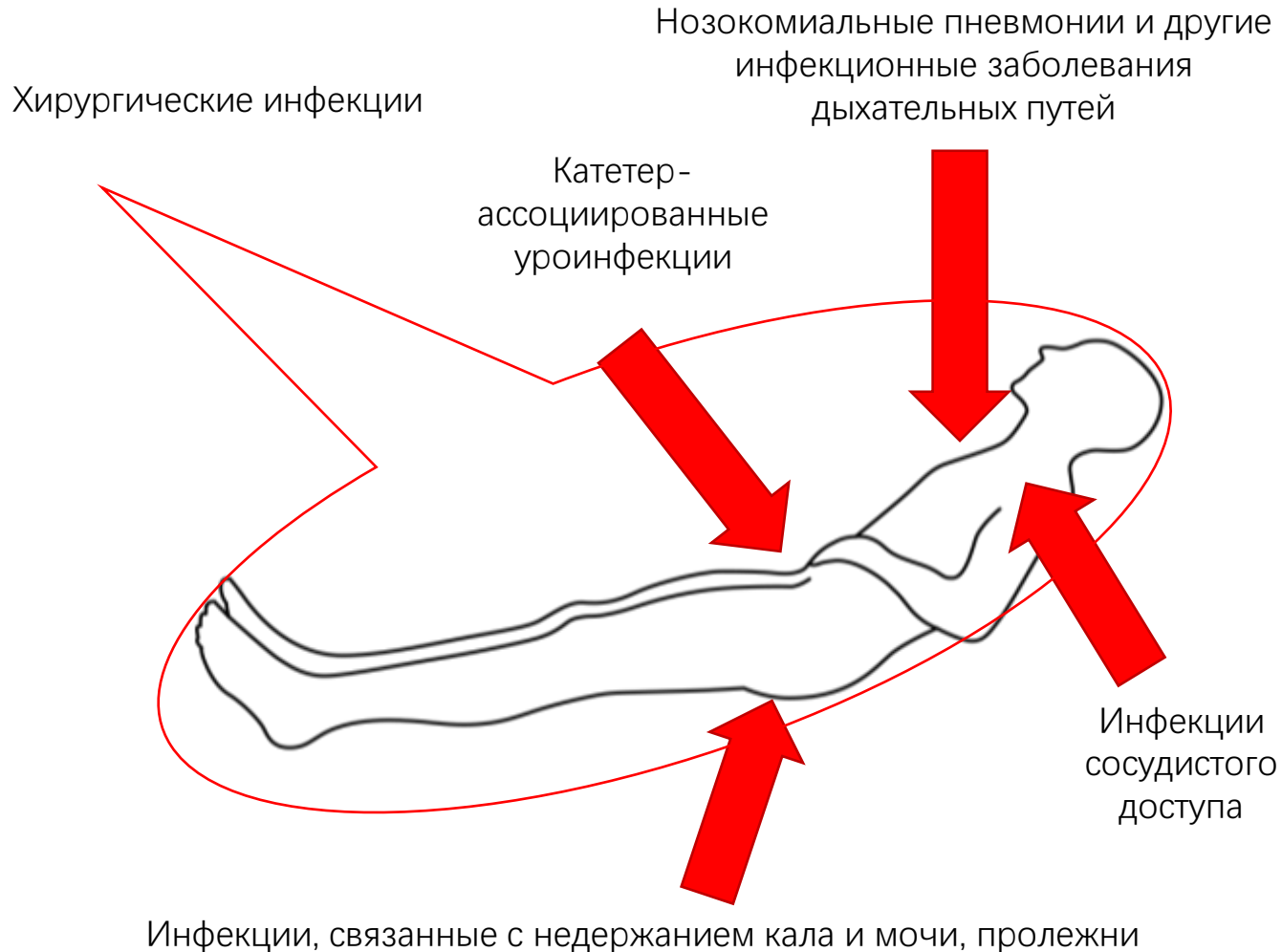
- Риск контакта с кровью и другими биологическими жидкостями подразумевает контакт с кожей и слизистыми, а также попадание их парентерально
- Работодатель обязан предусматривать защиту от таких рисков, в том числе необходимые инженерные средства защиты
- Эффективность используемых инженерных средств защиты должна оцениваться на регулярной основе
- Все процедуры, связанные с кровью и другими биологическими жидкостями должны проводиться так, чтобы минимизировать риск разбрызгивания

Европа:

- **1 млн** непреднамеренных укалываний ежегодно
- **2700** непреднамеренных укалываний ежедневно
- **56%** зафиксированных непреднамеренных ранений возможно было избежать, используя безопасные устройства



НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ИСМП В ОРИТ



НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ

- Развитие пневмонии ассоциировано с ИВЛ
- Вторая по структуре инфекций нозологическая форма ИСМП в ОРИТ – **24,1%** на 1000 дней ИВЛ
- Увеличивает продолжительность пребывания **на 22 дня**
- Основная причина смертности от ИСМП: присоединение ВАП повышает риск летального исхода **на 27%**



Присутствует риск профессионального заражения
при открытом способе санации



ВОСХОДЯЩАЯ УРОИНФЕКЦИЯ

- Фактор риска – катетеризация мочевого пузыря
- Лидирующая причина вторичных инфекций кровотока с **10% летальностью**
- Увеличивают пребывание в стационаре на **2-4** дня

Hidron AI et al. ICHE 2008;29:996-1011
Klevens RM et al. Pub Health Rep 2007;122:160-6
Weinstein MR et al. Clin Infect Dis 1997;24:584-602
Cope M et al. Clin Infect Dis 2009;48:1182-8
Givens CD, Wenzel RP. J Urol. 1980;124: 646-8
Green MS, et al. J Infect Dis 1982;145:667-72
Foxman B. Am J Med 2002; 113:5S-13S
Saint S. Am J Infect Control 2000;28:68-75



КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ КРОВотоКА

- Фактор риска – катетеризация магистральных сосудов, центральные венозные катетеры
- Частота развития инфекций – **12,5 на 1000 дней** катетеризации вен
- Инфекции кровотока **повышают** риск летального исхода **на 35%**
- **Увеличивают** пребывание в стационаре **на 24 дня**
- Частота зависит от типа катетера

В США ежегодно устанавливается более 5 млн центральных венозных катетеров. Более, чем у 15% из этих пациентов развиваются осложнения:

- механические (от 5 до 19%)
- инфекционные (от 5 до 26%)
- тромболитические (от 2 до 26%)³



ПРОЛЕЖНИ

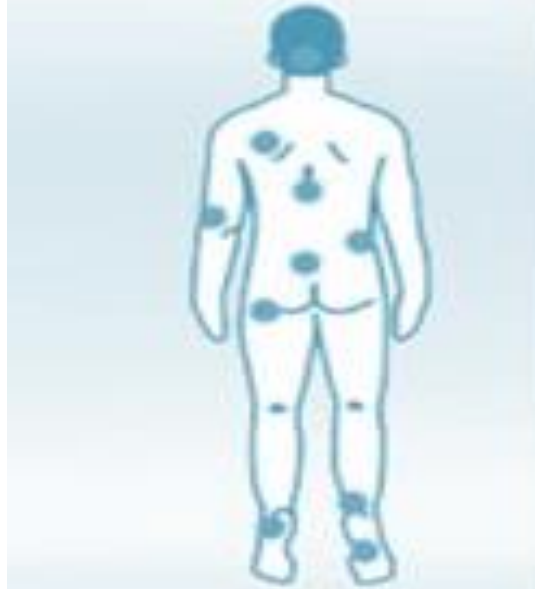
- Пролежни образуются у **15–20% пациентов**¹.
- Один из факторов риска развития пролежней - **недержание стула** (фекальная инконтиненция)
- У пациентов с недержанием жидкого/полужидкого стула риск развития пролежней **в 22 раза выше**, чем у других пациентов³
- **Наиболее затратным** является ведение пациентов с более поздними стадиями пролежней и больных с контактным дерматитом, ассоциированных **с недержанием мочи и/или кала**.²



¹ И.В. Животнева, В.В. Кулабухов «Пролежни. Причины возникновения. Новое в лечении и профилактике». Ж-л «Медицинская сестра» №7 – 2012

² Национальный Стандарт РФ. ГОСТР 56819 2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» Введение

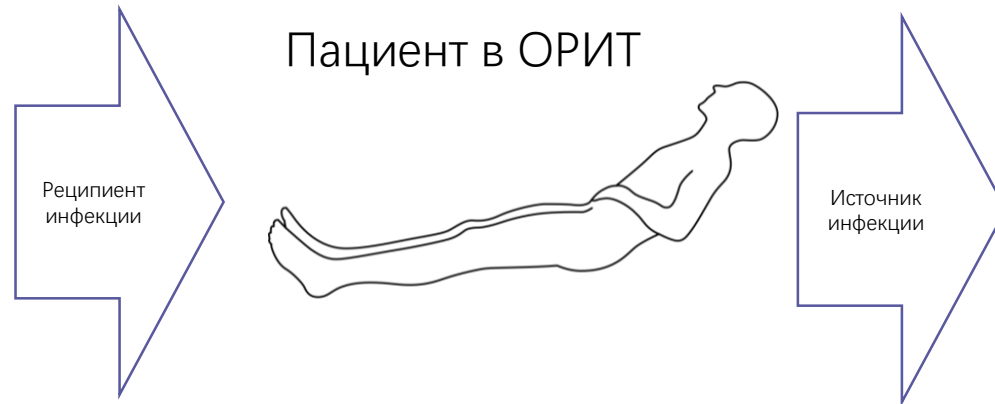
³ Maklebust J., Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. Adv. Wound Care. 1994



МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ ОБСТАНОВКИ В ОРИТ



Концепция «Изолированный пациент» в ОРИТ



Поэтому необходимо обеспечить его «**ИЗОЛЯЦИЮ**», то есть использовать **закрытые системы** для ухода за пациентом и для выполнения рутинных манипуляций

Опорными точками концепции является стандартное и неукоснительное выполнение мероприятий, направленных на блокирование механизмов распространения возбудителей внутрибольничной инфекции с целью прекращения их циркуляции в схеме персонал-пациент*.

**Важно использовать закрытые системы на
всех уровнях работы с пациентом**



Нормативная база

Данная Концепция учитывает и опирается на основные нормативные документы, правила и законодательство в сфере здравоохранения

- Рекомендации ВОЗ
- Распоряжение Правительства РФ от 25.09.2017 №2045-р об утверждении Стратегии предупреждения распространения антибиотимикробной резистентности в РФ на период до 2030 года
- Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи Главного Государственного Санитарного врача РФ от 06.11.11
- Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 (в ред. Изменения N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 04.03.2016 N 27)
- Федеральные Клинические Рекомендации Обеспечение эпидемической безопасности в отделениях реанимации и патологии новорожденных и недоношенных детей. НАСКИ 2015
- Национальные Клинические Рекомендации для анестезиологов-реаниматологов 2016 «Нозокомиальная пневмония у взрослых»
- Международное Руководство «Основы интенсивной терапии» Всемирной Федерации Обществ Анестезиологов с обновлениями 2017
- ГОСТ 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» с изменениями от 01.11.2017



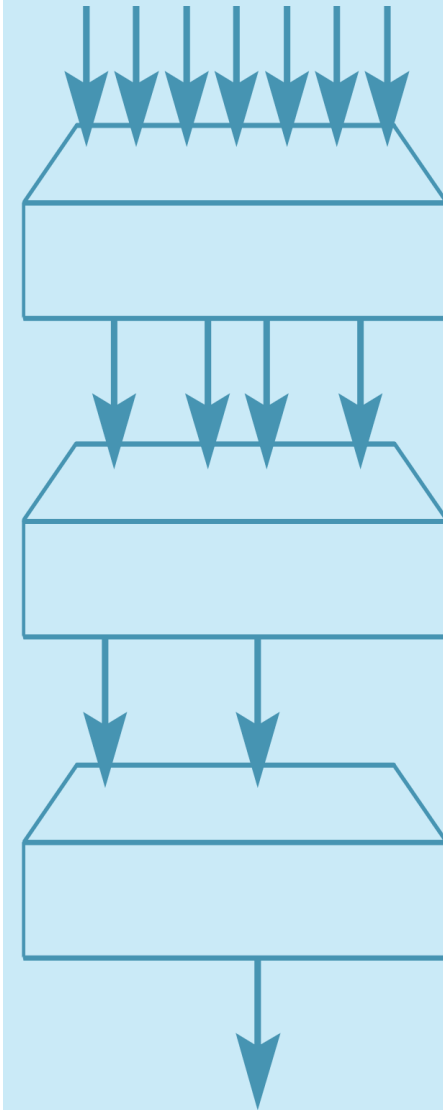
РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ГИГИЕНЫ В ЛПУ*

Повышение эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий заключается в:

- обеспечении **принципов дублирования барьеров защиты** от потенциальных источников контаминации материалов и инструментов
- обеспечении **правил техники безопасности при работе персонала с биологическими материалами** и комплекса экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинского персонала...
- предупреждение заноса инфекции в ЛПУ, **реализации путей передачи ИСМП (ВБИ) и циркуляции госпитальных штаммов в ЛПУ**
- **эффективных адекватных изоляционно-ограничительных мероприятиях**...

С целью профилактики ИСМП в лечебном учреждении необходимо:

- ...**обеспечить оптимальных гигиенических условий** для осуществления лечебно-диагностического процесса ... и труда медицинского персонала ЛПУ
- обеспечить **соответствие класса чистоты помещений** больничных комплексов проводимым в них производственным процессам...
- совершенствовать **систему изоляционно-ограничительных мероприятий**...



ПРОФИЛАКТИКА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Профилактика передачи возбудителей

- Гигиена рук
- Не заменять контуры и ТВО без показаний
- Использование закрытых систем при работе с пациентом

Профилактика аспирации, обусловленной наличием ЭТТ

- Раннее отлучение от ИВЛ
- Санация секрета из надманжеточного пространства
- Использование закрытых аспирационных систем

Гигиена полости рта



ЗАКРЫТАЯ АСПИРАЦИОННАЯ СИСТЕМА Cathy™

- Закрытая аспирационная система Cathy™ предназначена для санации трахеобронхиального дерева у пациентов с установленной эндотрахеальной или трахеостомической трубкой **без остановки ИВЛ** на время санации
- Устанавливается на срок до 48 часов
- С помощью Cathy™ возможно промывать трахеобронхиальное дерево или катетер (в зависимости от положения ручки промывочной камеры)
- При подсоединенной Cathy™ возможно сделать забор проб мокроты

Помогите пациенту и защитите себя



Защитный рукав закрытой аспирационной системы предотвращает распространение инфекции как от больного, так и из окружающей госпитальной среды



Национальные рекомендации 2016

Профилактика нозокомиальной пневмонии

Рекомендации по санации трахеобронхиального дерева

- Перед санацией трахеобронхиального дерева надевать стерильные или чистые одноразовые перчатки (уровень рекомендаций А).
- Для санации трахеи применять только одноразовые стерильные катетеры.
- Для разжижения секрета использовать стерильные растворы (уровень рекомендаций А).
- Применение закрытых аспирационных систем (ЗАС). Основное преимущество ЗАС — предотвращение контаминации внешней среды и рук персонала при разгерметизации дыхательного контура. Использование ЗАС целесообразно больным с тяжелой гипоксемией, нуждающимся в респираторной поддержке с РЕЕР > 10 см вод. ст., а также после проведения маневров рекрутирования альвеол (уровень рекомендаций В).

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Российские национальные рекомендации

Под редакцией
академика РАН Б.Р. ГЕЛЬФАНДА


РАСХИ
РОССИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ
ВО ХИРУРГИЧЕСКИМ
ИНФЕКЦИМ

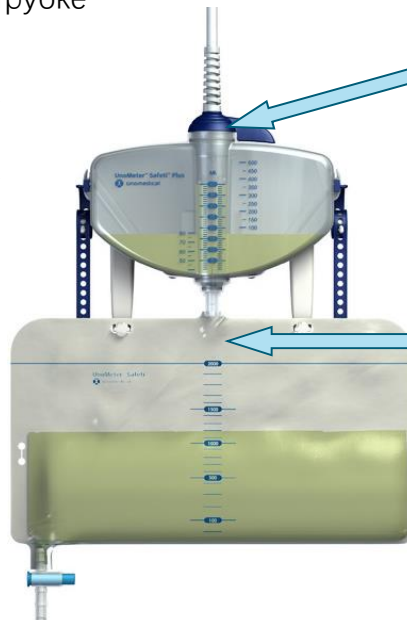

МЕДИЦИНСКОЕ
ИНФОРМАЦИОННОЕ
АГЕНТСТВО

Профилактика катетер-ассоциированной уроинфекции

Двухпросветная приводная трубка препятствует застою мочи в трубке



Защитная спираль препятствует перекручиванию трубки, что предотвращает нарушение тока мочи и ее застой в трубке



5-микронный антибактериальный фильтр фильтрует воздух, вытесняемый из системы

Невозвратные клапаны предотвращают обратный ток мочи

Специальное отверстие для заправления крана быстрого слива способствует укорочению системы и предупреждает его загрязнение

Вертикальный дизайн системы способствует однонаправленному движению мочи



Отбор проб мочи через специальный **безыгольный порт** предупреждает контаминацию системы «мочевой катетер-уриметр» и **травмирование медицинского персонала**



Мониторинг ВБД

ВБД должно измеряться в ОРИТ как артериальное, внутричерепное и внутригрудное давление. ВБГ является смертельной патологией, требующей своевременной диагностики и немедленного лечения*

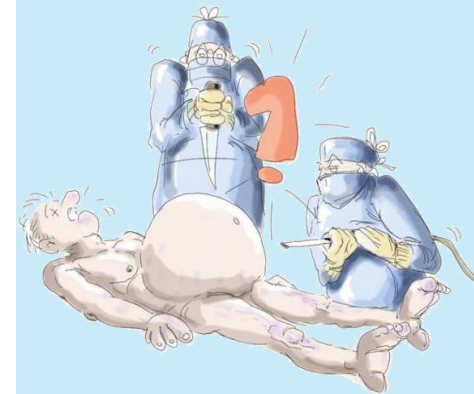


«Золотым» стандартом измерения ВБД является измерение давления в мочевом пузыре



Применение Унометров Абдо-Преше дает возможность:

- Соблюдать Концепцию «Изолированный пациент» в отношении уроинфекции
- Осуществлять мониторинг ВБД течение 7 суток** легко, быстро, безопасно
- Предупредить контаминацию персонала



ГОСТ 56819-2015. Профилактика пролежней

С ноября 2017 года вступили в силу поправки в **Национальный Стандарт РФ ГОСТ 56819-2015** «Надлежащая медицинская практика. Инфонологическая модель. Профилактика пролежней»

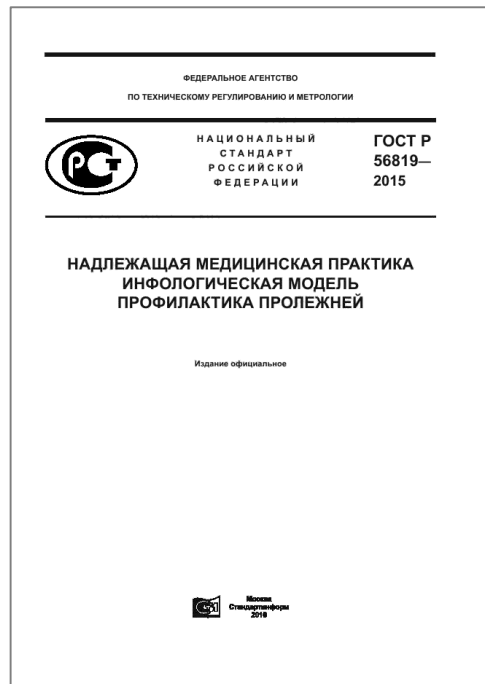
Цитируя ГОСТ...

Введение

Неадекватные противопротлежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых и косвенных медицинских и немедицинских затрат, связанных с последующим лечением больных из-за образовавшихся пролежней и их инфекции

3.4. Общие подходы к профилактике

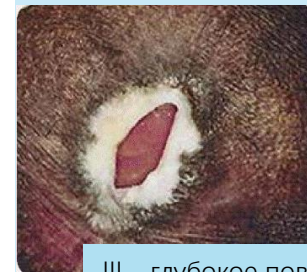
Адекватные противопротлежневые мероприятия должны выполняться **сестринским персоналом**, имеющим соответствующие знания, умения и навыки, или ухаживающим за больным персоналом, включая их родственников или законных представителей



I – стойкое покраснение



II- повреждение эпидермиса



III – глубокое повреждение мягких тканей



IV – все слои тканей, включая кость

Недержание стула (фекальная инконтиненция)

Цитируя ГОСТ...

Введение

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у больных группы риска более, чем в **80%** случаев. Показано, что применение широкого ассортимента современных изделий различной сорбционной способности и различных размеров у обездвиженных больных с **недержанием мочи и/или кала** в комбинации со средствами по уходу за кожей и специально обученным персоналом приводит к **снижению частоты** возникновения дерматита и пролежней в **10 раз**.

Средства традиционного ухода



- Не разобщают кожу и фекальные массы. Агрессивная среда фекальных масс воздействует на кожу
- Способствуют созданию «парникового эффекта». Кожа мацерирует. Микроорганизмы стремительно размножаются
- Необходимо большое количество подгузников/пеленок. Мнимая экономия
- Смена постельного белья и смена средств традиционного ухода порой – тяжелый физический труд



Специальные средства ухода. Флекси-Сил

Применение системы Флекси-Сил обеспечивает тройную защиту:

- **Пациента** (от пролежней, сепсиса)
- **Персонала** (экономит время на уход, снижает риск контаминации людей и оборудования, облегчает труд, способствует сохранению комфортных условий труда)
- **Лечебного учреждения** (предупреждает распространение инфекции, в том числе клостридиальной, в стационаре)



РУ №ФСЗ 2009/05459 от 03.02.2016



Флекси-Сил – система для эффективного отведения и герметизации жидкого/полужидкого стула у пациентов в стационаре. Устанавливается на любой срок, но не более 29 дней

Современные раневые покрытия для профилактики и лечения пролежней

1 стадия — стойкое покраснение

Защита кожных покровов от повреждения в результате трения



Грануфлекс Супертонкий

РУ №ФСЗ 2007/00368 от 02.06.2017

2 стадия — повреждение эпидермиса

Предохранение от случайных сдвигов и преждевременного отклеивания повязки, упрощение перевязок и организации ухода



РУ №ФСЗ 2010/07423 от 02.06.2017

Грануфлекс Сигнал

3 стадия — глубокое повреждение мягких тканей

Лечение ран с малым количеством экссудата, обволакивающее действие геля позволяет достичь максимального комфорта для пациента



Грануфлекс

РУ №ФСЗ 2007/00368 от 02.06.2017

4 стадия — все слои тканей, включая кость

Лечение ран путем комбинирования покровных гидроколлоидных повязок и повязок с абсорбирующими свойствами на основе технологии Гидрофайбер.



Аквасель Экстра(с серебром) Грануфлекс

РУ №ПЗН 2013/1109 от 11.09.2015

РУ №ФСЗ 2007/00368 от 02.06.2017

Профилактика инфекций сосудистого доступа

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 (в ред. Изменения N1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 04.03.2016 N 27)

5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии

Сосудистая инфекция

5.6. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи).

5.7. Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используют стерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.

5.8. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.

5.9. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

5.10. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

5.11. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки кожным антисептиком и надевает стерильные перчатки.

5.12. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки или прозрачную повязку.

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую



Фиксация эпидуральных катетеров



Фиксация центральных венозных катетеров



Фиксация периферических венозных катетеров

Устанавливаются на срок до 5 дней

- Надежно фиксируют катетер
- Защищает «рану» – место входа катетера в ткани
- Дают возможность визуально контролировать место пункции

Благодарим за внимание!

