

**Не будет, наверное, открытием, если скажем, что, оказывая помощь больным, врачи и медицинские сёстры зачастую забывают о собственном здоровье и безопасности. Сколько раз приходилось видеть, как, например, хирурги, экстренно оперируя пострадавшего, стремясь спасти ему жизнь, пренебрегают средствами индивидуальной защиты! Что говорить о терапевтах, педиатрах, которые, обслуживая вызовы на дому, даже в сезон так называемых простудных заболеваний не надевают маски.**

Недавно, присутствуя при проведении ортопедической операции, поинтересовалась у травматолога-ортопеда, почему не использует очки для защиты глаз, ведь, как свидетельствуют результаты исследований, при каждой второй такой операции возможно повреждение конъюнктивы. В ответ услышала: «А вы попробуйте в них работать! Мешают!»

Так считает значительная часть травматологов. Проведённый среди них опрос показал, что почти половина, а именно 48%, глаза не защищают. Одни не видят в том необходимости, другие утверждают, что это мешает при операции. Между тем не лишним будет привести такой факт: после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов следы брызг крови и жировой ткани обнаружены на всех защитных очках у всех принимавших участие в оперативных вмешательствах. Поэтому риск заражения через слизистую оболочку глаз, несомненно, присутствует.

Ежегодно в нашей стране травмы получают 13 млн человек, каждый пятый из них госпитализируется. Очень часто врачи, оказывая помощь в неотложных ситуациях, контактируют с кровью, применяют методики, чреватые профессиональными рисками (скажем, остеосинтез, в том числе открытый).

Работа докторов и медицинских сестёр – это ежедневное общение с незнакомыми людьми самых разных социальных слоёв, которые могут быть потенциально инфицированы. Медики, особенно контактирующие с кровью пациентов, биологическими жидкостями, постоянно подвергают свою жизнь опасности. Даже применяя средства защиты, рискуют здоровьем. Например, при операциях нередко повреждаются хирургические перчатки. Среднестатистическая частота проколов составляет около 35%, из которых до 90% остаются незамеченными. По данным разных авторов, в ортопедии повреждается до 58% перчаток, в гинекологии – до 44%, а в торакальной хирургии – до 75%. Поэтому риск инфицирования весьма и весьма вероятен.

В Европе медицинские работники получают более 1 млн колющих травм в год, свыше 100 медиков живёт с профессионально приобретённым вирусом иммунодефицита и СПИДом. В России на 140 млн населения уже 700 тыс. инфицированных ВИЧ. Следовательно, вероятность того, что пациент может иметь этот вирус, немалая. Поэтому, оказывая экстренную помощь, нужно каждого пациента считать потенциально инфицированным, ведь неизвестно, кто перед тобой. Контакт с кровью заболевшего ВИЧ-инфекцией приводит к заражению в одном случае из 300, гепатитом В – уже в одном случае из 3, то есть в 100 раз чаще. По данным ВОЗ, ежедневно в мире от вирусного гепатита В погибает один медработник, заразившись при оказании помощи пациенту.

В нашей стране реалии клинической практики таковы, что медсестра порой делает инъекции и вовсе без перчаток. О какой защи-

те от гемоконтактных инфекций в такой ситуации может идти речь?!

Чаще всего травмирование происходит, когда пытаются надеть колпачок на использованную иглу (что категорически воспрещается, а если уж такое произошло, то необходимо действовать по инструкции). Случаи ранения иглой нередко не регистрируются: по причине невнимания к собственному здоровью или же из-за боязни возможных санкций со стороны руководства.

Выход – в уменьшении числа

листов, ниже инвалидность, то есть сокращаются экономические потери, улучшается моральная обстановка в коллективе, а значит, и показатели деятельности ЛПУ.

– Когда я вижу, что обо мне заботится руководитель, я и работаю лучше, – признаются медицинские сёстры и доктора.

– Необходимой частью профилактики профессионального инфицирования среди медицинских работников должно являться в первую очередь формирование культуры безопасного обращения

веществами, дезинфицирующими средствами и т.д. Как выразилась одна из медицинских сестёр, сейчас дезсредства рекой льются по всей системе здравоохранения. Закупается большое количество различного диагностического, хирургического, реанимационного оборудования, а вот современных приборов, установок для обработки инструментария и помещений приобретается несравнимо мало.

Наталья (фамилию просила не называть, боясь недовольства со стороны руководства) – процедур-

странности профессиональных заболеваний занимают пятое место, опережая даже химиков. При этом выявляемость составляет не более 10%.

– В реальной жизни мы редко обращаемся друг к другу за медицинской помощью, – признаются доктор и медсестры.

Как свидетельствуют данные, на первом месте у них в структуре заболеваемости находятся инфекции, затем идут аллергии и болезни опорно-двигательного аппарата. Примерно 60% про-

## Острая тема

# Профессиональная безопасность: не быть равнодушным к себе

## Почему медики умирают чаще, чем их пациенты?



инъекций, контактов с иглой, использовании возможностей, предоставляемых медицинской промышленностью, например, обеспечении периферического венозного доступа. В современных учреждениях пациента в операционную стараются не подавать без установленного периферического катетера, чтобы в любой момент можно было скорректировать состояние больного.

В Глобальном плане действий, принятом ВОЗ, отмечается, что приоритет должен отдаваться первичной профилактике профессиональных рисков для здоровья. С середины минувшего, 2013 г. действует директива Евросоюза, направленная на предотвращение возможных повреждений у медработников колюще-режущими предметами, включающая переход на безопасные инструменты. Появились устройства безыгольного доступа (специальные клапаны, позволяющие присоединять шприц или инфузионную линию без использования иглы), катетеры для катетеризации периферических вен, которые полностью исключают контакт с кровью пациента. Выпускаются так называемые безопасные медицинские устройства с инженерной защитой от травм. Эти технологические новшества позволяют уменьшить профессиональные риски для врачей и медсестёр. Да вот беда – стоят дороже обычных. Хотя в конечном счёте лечебно-профилактическое учреждение выигрывает: меньше больничных

с колющими и режущими инструментами, с биологическими материалами, – считает президент Ассоциации медицинских сестёр России Валентина Саркисова. – Важно также помнить о том, что существуют специально созданные способы и инструменты для безопасной работы. К ним, например, относится использование закрытых вакуумных систем для взятия венозной крови у пациентов, сводящих к нулю возможность контакта с ней.

Существуют и разнообразные средства защиты медперсонала от рассеянного рентгеновского излучения. Да только отношение к ним не везде должное.

– Когда мы имеем дело с электронно-оптическим преобразователем, ионизирующим излучением, то надеваем просвинцованный фартук, – говорит доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова кандидат медицинских наук Сергей Копенкин. – Этому следуют и анестезиолог, и анестезист, и операционная сестра, и оперирующий врач, и ассистент. А вот очки, защищающие от облучения, носят не все. Если хирург и ассистент их ещё надевают, то операционная сестра, анестезисты, анестезиологи – нет.

Медработникам приходится трудиться и в условиях загрязнения воздуха медицинскими газами, контакта с лекарственными

средствами, дезинфицирующими средствами и т.д. Как выразилась одна из медицинских сестёр, сейчас дезсредства рекой льются по всей системе здравоохранения. Закупается большое количество различного диагностического, хирургического, реанимационного оборудования, а вот современных приборов, установок для обработки инструментария и помещений приобретается несравнимо мало.

Наталья (фамилию просила не называть, боясь недовольства со стороны руководства) – процедур-

ная медсестра онкологического отделения городской поликлиники. В её обязанности входит выполнение назначений химиотерапевтов, онкогематологов, то есть проведение химиотерапии онкологическим больным. В смену обслуживает примерно 30 человек (бывает, что и 40), из которых 15-20 ставит внутривенные капельницы. А если коллега-сменщица заболела или находится в отпуске, количество принятых пациентов увеличивается в два раза. Приходится всё время дышать «химией». Следует напомнить, цитостатики – токсически опасные препараты. Хотя сейчас и появились специальные герметичные системы, которые препятствуют их попаданию в воздух. Но везде ли они доступны?

– Профессиональные вредности, безусловно есть, – говорит Наталья, – только никто на это не обращает должного внимания. Больных приходит очень много. Надо всех обслужить: кому-то прокапать, кого-то уколеть. График работы у меня: утро – вечер. И так каждый день.

Из средств защиты у Натальи – маска да перчатки. Слава богу, установлен вытяжной шкаф. Но перевести дух даже в положенный 20-минутный перерыв негде, комнаты отдыха для медперсонала в поликлинике нет, так как и без того не хватает помещений.

Даже очередной отпуск отгулять полностью у Натальи не получается.

– Беру обычно лишь пару недель, – рассказывает она. – Больше не могу себе позволить, потому что знаю, моя напарница одна просто не выдержит. Неудобно перед ней. В выходные же стараюсь выехать куда-нибудь в лес, в парк, чтобы хоть продышаться. Таковы реалии.

Кроме контакта с токсичными лекарственными препаратами, инфекционными больными, риска радиационного поражения при работе с рентгеновской техникой, у медработников существует и риск от общения с пациентами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. К сожалению, статистика показывает, что смертность медиков в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране. То есть умирают они на треть чаще, чем «немедики» того же возраста! А по распро-

фессиональных заболеваний приходится на долю фельдшеров, медсестёр, лаборантов. Потому что они больше взаимодействуют с кровью, поднимают тяжести и т.д.

Риск поражения обычно увеличивается в ночное время («Что бы ни говорили, а ночное время – самое тяжёлое», – считают доктор и медсестры). К этому приводят и многие другие факторы: недостаток опыта (если навыков мало, то опасность травмирования, инфицирования возрастает), стрессовые ситуации, срочность мероприятий, когда тяжёлые больные требуют быстрой помощи, работа в ограниченном пространстве, например в машине скорой помощи, и, конечно, отсутствие безопасных инструментов (из-за дефицита бюджета руководство учреждений часто игнорирует этот вопрос, в результате далеко не всегда используются современные возможности профилактики).

Законодательство вроде защищает от профессиональных рисков: уменьшена продолжительность рабочего дня, у большинства учреждений есть возможность дополнительного отпуска, для работающих в тяжёлых условиях установлены надбавки. В федеральном законе об охране здоровья граждан говорится: медицинская организация (то есть работодатель) обязана проводить мероприятия по снижению риска травматизма, профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий. В жизни же всё выглядит по-другому, гораздо суровее.

Конечно, этот вопрос неоднократно обсуждался на разных уровнях, однако пока, как говорится, остаётся открытым. Конечно, он нуждается в скорейшем решении. Но и медработникам следует беспокоиться самим о себе, стараться изменить отношение к этой важнейшей проблеме руководства лечебных учреждений.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

**НА СНИМКЕ: инфекция угрожает хирургу постоянно.**

Фото автора.