

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Н.В. Третьяков**, проф., **М.М. Авхименко**, канд. мед. наук  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
E-mail: Tretyakov@mma.ru

**Проанализировано обеспечение безопасности медицинских работников в чрезвычайных ситуациях в мирное и военное время, в период криминальных конфликтов и при террористических актах.**

**Ключевые слова:** безопасность, военные конфликты, терроризм, профессиональные болезни.

Проблема обеспечения безопасности человека актуальна во все времена, поскольку мир опасностей, угрожающих ему, весьма широк и непрерывно расширяется. В толковом словаре В.И. Даля указано: «безопасность – это отсутствие опасности, сохранность, надежность», а «безопасный – не угрожающий, не могущий причинять зла или вреда, безвредный, сохраннный, надежный» [3]. В соответствии с Законом Российской Федерации «О безопасности» от 05.03.92 №2446-1, безопасность рассматривается как состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз.

Одной из ведущих причин снижения безопасности жизнедеятельности медицинских работников, в том числе в процессе труда, является рост масштаба и тяжести последствий техногенных, природных катастроф, разного рода бедствий и вооруженных конфликтов.

Существует Положение Женевских конвенций о неприкосновенности медицинских учреждений и медперсонала в зонах военных конфликтов в силу их гуманности и милосердной деятельности. Однако, несмотря на требование этого международного документа, объекты здравоохранения зачастую подвергаются обстрелам противоборствующих сторон. Более того, они являются местом противоправных действий бандитских формирований, мародеров. При этом медицинский персонал и больные часто подвергаются насилию, получают травмы, увечья, иногда – не совместимые с жизнью [1].

В последние годы на территории России совершаются террористические акты, объектами которых становятся многие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Наиболее тяжелые послед-

ствия имели теракты с захватом заложников в Буденновске, в частности бесчинства в отношении больных и медицинского персонала центральной районной больницы (1995). Всем известны разграбление и минирование сепаратистами лечебных учреждений в зоне вооруженного конфликта в Чеченской республике, убийство 3 врачей Ставропольской специализированной противозидемической бригады (2000), подрыв военного госпиталя в Моздоке (2004), похищение боевиками сотрудников миссии Красного Полумесяца в Ираке (2006). Таков далеко не полный перечень терактов на объектах здравоохранения [2].

В связи с ухудшением криминогенной обстановки в стране, увеличением количества наркоманов, мигрантов, бомжей и т.п. с большой долей вероятности можно ожидать «разборок» в стационарах и нападений на аптечные учреждения, медицинский персонал ЛПУ с целью похищения наркотиков.

Интересная работа, посвященная этой проблеме, была опубликована в одном из медицинских журналов. Автор – врач-хирург, работающий в крупном стационаре, обобщил случаи нападения на медицинский персонал и проанализировал варианты поведения при тех или иных острых ситуациях [10]. Он считает, что персонал больниц должен быть подготовлен к подобным инцидентам заранее, применять на практике достижения новой науки «виктимологии», чтобы психологически правильно реагировать на действия преступников, подчеркивает важность правильного, адекватного, «не провоцирующего» поведения, а также рассматривает проблему медицинской помощи в криминогенной ситуации.

В начале обучения врачей стационаров целесообразно ознакомить с разработанными ГУВД Москвы «Методическими рекомендациями работникам системы здравоохранения Москвы о поведении в экстремальных ситуациях криминального характера». В рекомендациях достаточно четко описана линия поведения медицинского персонала в криминогенных ситуациях. В них могут попасть не только работники «скорой медицинской помощи», но и персонал приемного покоя больницы.

Проблема насилия становится более актуальной и во всем мире. Поэтому в процессе обучения врачей и среднего медицинского персонала необходимо ознакомить их с мировым опытом вынужденного общения с террористами [2, 9, 10].

Всемирная организация здравоохранения определяет насилие как «настоящее или потенциально намеренное использование физической силы или власти, направленное против человека, группы или сообщества, которое заканчивается или имеет вероятность закончиться нанесением ущерба, психологических травм, нарушением развития или смертью индивида» [5, 6]. Рост насилия против персонала органов здравоохранения вызывает беспокойство. Случаев нападений, угроз, оскорблений, изнасилований в учреждениях здравоохранения и социального обеспечения больше, чем в организациях любого другого профиля.

По мнению отдельных авторов, вероятность стать жертвами насилия на рабочем месте у медсестер в 3 раза больше, чем у представителей других профессий. Наиболее вероятными жертвами насилия могут стать студентки медицинских учебных заведений, медсестры стационаров и «скорой помощи» [4, 6].

Физическое нападение на сестринский персонал, как правило, совершается пациентами. Однако имеются сообщения о случаях насилия со стороны медицинских работников, включая медбратьев и врачей, родственников пациентов и других посторонних лиц. Это определило перечень факторов опасности профессиональной деятельности врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ.

#### **Факторы опасности трудовой деятельности медицинских работников:**

- наличие лекарств или денежных средств в ЛПУ, привлекающее грабителей;
- необходимость лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками, различного рода преступников и т.д.;
- неукомплектованность штатов многих ЛПУ;
- в ряде случаев – профессиональная необходимость конфиденциального общения медика с пациентами во время осмотра или ухода за ними;
- отдаленность некоторых клиник и больниц от центров населенных пунктов или расположение их в криминогенных районах;
- отсутствие (недостаток) знаний о правилах общения с агрессивными людьми;
- плохая освещенность улиц или стоянок транспорта;
- контакт с пациентами, членами их семей и посетителями, которые находятся в состоянии стресса, испытывают боль,

печаль и разочарование, связанные с услугами здравоохранения;

- продолжительное время ожидания медицинской помощи, а следовательно – агрессивное состояние пациентов.

В связи с повышенной опасностью труда снижается качество оказания помощи, возрастает количество диагностических ошибок, что определяет актуальность мер повышения безопасности трудового процесса медицинских работников.

#### **Меры, направленные на повышение безопасности врачей и среднего медицинского персонала:**

- установка систем аварийной сигнализации на рабочих местах;
- быстрое реагирование на жалобы, касающиеся проявлений насилия;
- размещение в медицинских учреждениях выпуклых зеркал для широкого обзора мест пересечения коридоров, тупиков и т.д.;
- надежное огораживание сестринских постов;
- создание снижающих стресс комфортных условий в помещениях, где пациенты ожидают оказания помощи;
- обеспечение достаточно яркого освещения во всех ЛПУ;
- снижение времени ожидания приема и оказания помощи;
- установление связи с местными органами правопорядка в целях оперативного сообщения о случаях насилия;
- контроль возбудимых пациентов или лиц с нарушениями психики при передвижении и необходимость их сопровождения;
- наличие 2 и более медсестер на дежурстве в отделениях «скорой помощи»;
- перемещение медицинского персонала с сопровождением по территории ЛПУ и из ЛПУ (например, на стоянку транспорта), особенно ночью;
- в отдельных случаях – наличие второй медсестры при проведении процедур, требующих конфиденциальности.

Условия деятельности, проблема врачебно-сестринских бригад, работающих в чрезвычайных ситуациях природного или техногенного характера, несколько иные, чем в стационаре, и проблема обеспечения безопасности их труда тоже выглядит по-другому.

В районе чрезвычайных ситуаций требуется больше сил и средств, необходим высокий уровень координации управления экстренной доврачебной, первой врачебной и, по возможности, высококвалифицированной помощью большому количеству пора-

женных. Надо учесть и то, что медицинские манипуляции зачастую выполняются в полевых условиях, в плохо оборудованных помещениях с ограниченным доступом к пораженным и т.п. Кроме того, рабочая обстановка может неожиданно и неконтролируемо измениться, стать угрожающей в биологическом, физическом, химическом и радиационном аспектах.

Риски, с которыми сталкивается медицинский персонал служб спасения, условно можно подразделить так: физические опасности; риск вдыхания вредных веществ; контакт с инфекциями, стресс.

У медицинского персонала машин «скорой помощи» нередки травмы в результате: падения; нападения пациентов и посторонних лиц; автомобильных катастроф. Все это – дополнительные источники опасности.

Имеются также сведения о получении термических травм в результате воздействия окружающей среды. Местный климат и погодные условия, а также одежда и обмундирование, не соответствующие погодным условиям, могут способствовать как перегреванию, так и переохлаждению. У работников «скорой помощи» наблюдается также потеря слуха вследствие постоянного использования сирен, издающих чрезвычайно мощный по интенсивности звук, превышающий допустимые шумовые пороги.

Во многих очагах чрезвычайной ситуации вдыхание дыма и отравление газом, включая окись углерода, представляет особую опасность для медицинского персонала и других специалистов службы спасения. Хотя такое встречается и нечасто, последствия могут быть опасными.

Спасатели, прибывающие на место происшествия, могут быть одеты так, что это не соответствует выполняемым ими задачам, и поэтому могут оказаться в дыму или вдохнуть токсичный газ до того, как придут дополнительные помощь и оборудование.

Помимо этого, как и другие медицинские работники, медицинский персонал служб спасения сталкивается с повышенным риском при работе в очаге бактериологического (биологического) поражения. Это – риск заражения патогенными вирусами, передающимися с кровью, такими как вирус гепатита В и, вероятно, гепатита С. Серологические маркеры на инфицирование вирусом гепатита В были найдены у 13–22% работников «скорой помощи», что в 3–4 раза превышает аналогичный показатель в популяции. Одно из исследований подтвердило связь между наличием инфекции и продолжительностью работы в подразделении «скорой помощи».

К медицинскому персоналу служб спасения применимы те же меры защиты от заражения и передачи вируса гепатита, что и к прочему медицин-

скому персоналу. Побочными эффектами использования резиновых перчаток для защиты от патогенных вирусов, передающихся с кровью, являются контактная крапивница и другие аллергические реакции на резиновые изделия; эти побочные эффекты подобны тем, которые отмечаются у медицинского персонала, работающего в больнице.

Деятельность медицинского персонала служб спасения и работников «скорой помощи», нередко протекающая в неконтролируемой и опасной обстановке, а также необходимость принятия оперативных и ответственных решений при недостаточной оснащенности и ограниченности времени часто приводят к профессиональному стрессу.

По мнению многих авторов, стрессовые реакции негативно отражаются на психическом состоянии отдельных специалистов врачебно-сестринских бригад и проявляются расстройством профессиональной адаптации [9]. Составляющими последнего являются:

- депрессивное настроение, тревожность как личностного, так и ситуативного плана;
- ощущение неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней;
- снижение продуктивности повседневной деятельности;
- склонность к излишней драматизации сложившейся ситуации;
- вспышки агрессии в отношении как коллег, так и пациентов.

Ошибки и сбои в работе в результате профессионального стресса, неудовлетворенность ею, утрата понимания необходимости заботиться о пациентах представляют опасность как для самих работников, так и для общества.

Чтобы смягчить негативные последствия для нервной системы крупных катастроф и других инцидентов, способствующих функциональным и психическим травмам работников служб спасения, были предложены специальные психотерапевтические методики, снимающие напряжение. Существует также несколько специальных рекомендаций и профилактических мер по обеспечению безопасности персонала служб спасения. В первую очередь это просвещение в отношении патогенных вирусов и вакцинация против вируса гепатита работников, сталкивающихся с инфекционными жидкостями и материалами.

Во-вторых, необходима вакцинация против инфекционных заболеваний (гепатита В и др.) и столбняка. Рекомендуется также периодическое обследование на туберкулез, если существует повышенный риск заболевания им. В-третьих, для снижения риска травматизма при поднятии тяжестей предложено:

- использовать специально сконструированное оборудование;
- проводить инструктаж по механике человеческого тела и поведению в опасных ситуациях.

Однако, если у членов врачебно-сестринских бригад отсутствуют навыки согласованной совместной деятельности, спланированные меры предосторожности могут оказаться неэффективными. Следует тщательно оценивать условия, в которых предстоит работать персоналу службы спасения и при необходимости обеспечивать его соответствующими защитными средствами и обмундированием. Персоналу, который может столкнуться с ядовитыми газами или дымом, нужны тренировочные занятия с противогазами.

Для уменьшения последствий стресса целесообразна организация сети консультативных психологических центров на федеральном, региональных и территориальных уровнях Всероссийской службы медицины катастроф.

Медсестры более других медицинских работников подвержены профессиональным рискам [5, 7, 8]. Так, согласно результатам исследований, проведенных в Санкт-Петербурге в 1998 г., у них зафиксировано 64,4% случаев всех профессиональных заболеваний, зарегистрированных у медицинских работников разных специальностей.

Российская ассоциация медицинских сестер (РАМС) выступает за создание таких условий, которые гарантировали бы:

- снижение риска передачи инфекционных заболеваний медицинским работникам во время выполнения ими своих профессиональных обязанностей;
- снижение риска развития у них неинфекционных профессиональных заболеваний.

Однако следует признать, что наличие профессиональных рисков существенно недооценивается. Отсутствует эффективная система регистрации и учета профессиональных заболеваний, мониторинга заражения медицинского персонала такими особо опасными заболеваниями, как ВИЧ, гепатиты В и С, туберкулез. Заболеваемость медицинских работников туберкулезом в 7 раз выше, чем населения в целом [7], а частота выявления серологических маркеров гепатитов В и С – в 3 раза. При этом далеко не все случаи инфицирования медицинских работников регистрируются как профессиональные заболевания, так как в этом зачастую не заинтересованы ни учреждения здравоохранения, ни сами заразившиеся специалисты. К настоящему времени в России зарегистрировано всего 2 подтвержденных случая профессионального инфицирования медицинских работников ВИЧ. Между тем в 2007 г. Институт здоровья РФ

и Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии провели анонимное анкетирование около 1700 медицинских работников 10 многопрофильных ЛПУ Тверской и Оренбургской областей и установили, что около половины респондентов получали когда-либо травмы на рабочем месте, пользуясь острым инструментарием, а 18% опрошенных сообщили, что имели более 5 травм в течение последнего года. То есть в среднем у российской медсестры на каждые 90 инъекций приходится 1 травма. При этом, по признаниям самих медицинских работников, в журналах аварийных ситуаций регистрируется менее половины этих травм.

Приведенные данные определили необходимость разработки практических мер по формированию профессиональной безопасности медицинских работников. На совещании в Совете Федерации РАМС внесла ряд предложений:

- создать нормативно-правовую базу, регламентирующую права медицинского работника на безопасные условия труда, а также обязывающую администрацию ЛПУ обеспечивать эти условия;
- создать эффективную систему регистрации и учета профессиональных заболеваний, мониторинга заражения медицинских работников особо опасными инфекциями (ВИЧ, гепатиты В и С, туберкулез);
- принять меры в поддержку корпоративной культуры безопасности в ЛПУ, постоянно повышать осведомленность медицинских работников о рисках инфицирования и профилактике заболеваемости;
- пересмотреть принципы финансирования здравоохранения и организации медицинской помощи; до настоящего времени обеспечение сестринского персонала расходными материалами;
- пересмотреть требования по дополнительной обработке использованного инструментария дезинфектантами;
- осуществить стандартизацию медицинской практики, обеспечить неукоснительное соблюдение стандартов;
- сократить нагрузку на сестринский персонал путем оптимизации труда; решение этого вопроса должно носить не рекомендательный, а обязательный характер во избежание смещения приоритетов.

Перечисленные меры помогут снизить количество случаев инфицирования и травматизма медицинских работников. Решение проблемы не должно ограничиться созданием законодательно-правовой базы – необходим жесткий контроль ее применения на местах.

## Литература

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медиков // Мед. помощь. – 2003; 2: 25–29.
2. Бабенко О.В., Авхименко М.М. Обеспечение безопасности объектов здравоохранения в чрезвычайной ситуации // Медицинская сестра. – 2012; 4: 5–11.
3. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка в 12 т., 7-й т. – М.: Мир книги, 2003. – 216 с.
4. Королева Е.П. Вредные производственные факторы в работе сотрудников скорой медицинской помощи // Справочник фельдшера и акушерки. – 2012; 9: 40–48.
5. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников // Мед. альманах. – 2010; 3: 18–21.
6. Лобанов А.И., Власенко В.Ф., Пичугин В.Ю. Обеспечение безопасности объектов здравоохранения // Медицина катастроф. – 2007; 1: 14–17.
7. Саркисова В.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников в России: проблемы и решения // Главная медицинская сестра. – 2011; 8: 62–64.

8. Сашин А.В. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости врачей терапевтического, хирургического профиля и судебно-медицинская экспертиза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2010. – 25 с.
9. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций / Учеб. пособие для мед. вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
10. Филимонов Б. Врач и бандиты // Главный врач. – 1996; 7: 44–45.

## ENSURING THE OCCUPATIONAL SAFETY OF HEALTH CARE WORKERS

Prof. N.V. Tretyakov, MD; M.M. Avkhimenko, Cand. Med. Sci.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

To prevent a number of occupational diseases in health care workers, the authors analyze safety assurance in emergency situations in times of peace and war, criminal conflicts, and terrorist acts.

*Key words:* safety, war conflicts, terrorism, occupational diseases.

## ХРОНИКА

## Почему россияне не слушают врача?

4 июня с.г. в Москве состоялся «Круглый стол» «Почему россияне не слушают врача, или как повысить приверженность пациентов назначенному лечению?». В ходе обсуждения эксперты назвали пути решения проблемы низкой комплаентности пациентов. Основные из них – повышение доверия к врачу, доступность инновационных лекарственных препаратов и информированность населения как о самих заболеваниях, так и о последствиях ненадлежащего исполнения назначений врача.

Проблема комплаентности (приверженности пациентов лечению) – одна из ключевых для системы здравоохранения. Результаты исследований показывают, что в зависимости от заболевания врачебные рекомендации выполняют лишь 30–50% пациентов. Очевидно, что последствия такого отношения к своему здоровью могут быть трагичными. Так, по данным американских медиков, ежегодно из-за последствий низкой комплаентности погибают 125 тыс. пациентов с различными заболеваниями.

Эксперты выделяют следующие факторы, влияющие на комплаентность пациентов: демографические (пол, возраст, образование, доход); связанные с заболеванием (тяжесть симптомов, динамика симптомов на фоне лечения); с приемом препарата (удобство схемы приема; длительность лечения; стоимость; побочные эффекты); с пациентом (понимание болезни и ее последствий, понимание выгоды лечения; мотивация больного и его семьи); со взаимодействием врач–больной (степень доверия к врачу, отношение врача к больному и его болезни). Особенно актуальна проблема комплаентности для пациентов с хроническими заболеваниями, которые требуют длительной, а иногда – пожизненной терапии.

Проф. О.М. Драпкина, руководитель отделения кардиологии клиники пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова сказала: «Наряду с такими очевидными факторами, как стоимость лечения и удобство приема препарата, на комплаентность, может быть даже в большей степени влияют низкая информированность пациентов, их непонимание своего заболевания. Такие хронические болезни, как артериальная гипертензия или дислипидемия, часто протекают малосимптомно. Начав принимать препарат после посещения врача, больной может через какое-то время почувствовать себя лучше и сделать вывод, что больше пить таблетки не надо. При этом он не понимает, что механизм развития его хронического заболевания не остановлен и что бросая назначенную терапию, он способствует

прогрессированию болезни. Поэтому очень важно предоставлять пациенту правильную информацию, образовывать его».

Низкая приверженность назначенному лечению наблюдается не только у пациентов, чье заболевание протекает бессимптомно. Даже при таких заболеваниях, как хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма, неукоснительно следуют рекомендациям врача только половина больных.

Главный специалист-пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы проф. А.С. Белевский отметил: «Безусловно, огромную роль играет понимание пациентом проблемы. Так, для эффективной терапии бронхиальной астмы очень важно соблюдать назначения врача, но, по некоторым данным, приверженность пациентов назначенному лечению составляет лишь около 50%. В результате от бронхиальной астмы умирают 250 тыс. человек в год. Врач должен находить время на разъяснительную работу. Также чрезвычайно важна доступность назначаемой терапии. Под доступностью я подразумеваю наличие препарата в аптеках и его цену. Снижение стоимости инновационной терапии – важная задача, решить которую можно совместными усилиями государства, фармпроизводителей и аптечных учреждений».

Принявший участие в работе «Круглого стола» генеральный директор аптечной сети «Ригла» А. Филиппов отметил, что для покупателей один из важных факторов при выборе препарата – цена. Но при этом пациент должен знать о различиях между препаратами. И тут очень важна роль фармацевта. От его профессионализма зависит достоверность информации, которую он дает покупателю.

Действенным способом повышения приверженности россиян назначенному лечению, а значит – и эффективности терапии эксперты «Круглого стола» назвали разработку и внедрение комплексных программ поддержки пациентов. Такая программа была разработана по инициативе компании «АстраЗенка». Программа поддержки пациентов «Карта Здоровья» предназначена для людей с хроническими кардиологическими, респираторными и гастроэнтерологическими заболеваниями и направлена на то, чтобы поддержать пациентов в соблюдении назначений врача при длительном лечении, так как в ней заложен принцип «чем дольше соблюдаются рекомендации – тем доступнее становится лечение». Кроме того, пациенты получают доступ к важной и полезной информации о здоровье и важности соблюдения рекомендаций врача.