

Профессиональный риск в анестезиологии и реанимации

Проф. С.В. Оболенский
СПБМАПО

В мировой литературе
профессия анестезиолога-
реаниматолога расценивается
как профессионально и
биологически вредная,
находящаяся в зоне
повышенного юридического и
страхового исков



Биологическая опасность

Вероятность заболевания вирусным гепатитом (ВГ) давно причисляется к профессионально вредным факторам работы в системе здравоохранения.

- Обусловлена контактами лиц работающих в операционной и в палатах интенсивной терапии с потенциально содержащими вирусы средами – кровь, кал, слюна и др.

- **Меры профилактики:**

Постоянная настороженность в отношении ВГ – соответствующая маркировка на лицевой части и/б

Выделение категории больных высокого риска носителей

ВГ (табл 1)

Категории больных с высоким риском носительства ВГ

- Наркоманы
- Больные, перенесшие пересадку почки или находящиеся на гемодиализе
- Страдающие заболеваниями типа болезни Дауна, рака печени, полиартериита
- Гомосексуалисты
- Больные с иммуносупрессией (с иммунодефицитными заболеваниями, злокачественными опухолями)
- Страдающие заболеваниями печени
- Больные, перенесшие многочисленные переливания крови
- Больные, длительно находящиеся в учреждениях закрытого типа (заключенные, психически больные, умственно неполноценные)
- Иммигранты или приехавшие из тропиков

Меры защиты персонала от ВГ

- Максимально использовать предметы и материалы одноразового пользования: шприцы, белье, подушки, интубационные трубки
- Движение в операционной ограничить до минимума
- Все использованные одноразовые или загрязненные предметы замачивать в растворе гипохлорита натрия, добавляя его также в банку отсасывателя
- Не следует пользоваться палатой введения в наркоз и палатой пробуждения
- HBsAg-положительные больные оперируются в последнюю очередь.
- Все предметы одноразового пользования необходимо сжигать

Осторожно обращаться с загрязненными острыми инструментами

Хирургические препараты следует тщательно упаковывать и обозначать как опасные для здоровья

Предметы многоразового пользования (ларингоскопы, воздуховоды) и белье перед мытьем нужно автоклавировать или стерилизовать окисью этилена

Загрязненные поверхности и предметы, которые нельзя простерилизовать (стены, пол, наркозный аппарат, респиратор), надо мыть раствором гипохлорита, формалином или глютаральдегидом

Биологическая опасность

3. Герпетический панариций – прямой контакт с инфицированным секретом.
4. Велика возможность инфицирования не только вирусами, но и другими инфекциями.
5. Отравления, в ряде случаев, токсическими веществами
6. Аллергические и токсические реакции на лекарственные препараты
7. Ятрогении
8. Проблемы следовых концентраций анестетиков – с 1920 года расценивается как профессиональная вредность – «эфирное отравление»

8. Проблемы следовых концентраций анестетиков

- Психические депрессии
- Головные боли
- Анорексия
- Потеря памяти
- Периодонтит
- Патологические изменения на ЭКГ

Эфир, N₂O, Галотан

- При анестезии более 2,5 часа в день у 96% - головная боль
- Повышенная раздражительность – 75%
- Нарушение сна – 51%
- Уменьшение толерантности к алкоголю - 33%
- У женщин анестезиологов самопроизвольные выкидыши -38% (к. 10%)
- Врождённые аномалии развития плода 6,5% (контроль -2,5%)
- У работающих во время беременности – 93%, у неработающих – 4,3%

Нарушение психологических эффектов важных для анестезиолога –реаниматолога

- Восприятие (узнавание)
- Принятие решения (познание)
- Действие (двигательная активность)

Проблемы следовых концентраций анестетиков

- Достоверное снижение этих показателей – улучшение зрительного восприятия, кратковременной памяти, показателей аудио-визуальных тестов на «раздвоение» внимания происходило при установлении предельно допустимой концентрации (ПДК) анестетиков.

Проблемы следовых концентраций анестетиков

- Время выведения анестетиков из организма до «0»:
- Метоксифлурана – 10-28 часов
- Галотана - 7- 64 часа
- N2O - 37 часов
- «Разрушающий» эффект следовых концентраций анестетиков реализуется через Стресс-реакцию - синдром взаимного отягощения.

Профессиональный риск

9. Формирование синдрома хронической усталости и выгорания

10. Низкая квалификация специалиста (1% и 60%)

СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ И СТОЙКОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА

- Неудача интубации трахеи 31 %
- Неправильное использование оборудования 23%
- Аспирация желудочного содержимого 14%
- Неудача контролируемой гипотензии 8%
- Нарушение подачи кислорода 4%
- Смещение эндотрахеальной трубки 4%
- Пневмоторакс и гемоперикард 4%
- Осложнение эпидуральной анестезии 3%
- Подача закиси азота вместо кислорода 2%
- Другие причины 7%

11. Все наши манипуляции носят, как правило, агрессивный и вынужденный характер.

- ФАКТОРЫ РИСКА **НЕОЖИДАННОСТЕЙ**:
- Небрежность и невнимательность: последний рабочий день, неожиданно переданный больной, «маленький наркозик», слишком длинная история болезни...
- Износ оборудования: многократная выработка ресурса РО
- Усталость персонала: ранние утренние часы
- Проблемы взаимодействия и взаимопонимания
- «Блатной» пациент: желание сделать как лучше - необычная тактика, редкий препарат, малознакомый прибор и т.п....

Причины смерти врачей анестезиологов-реаниматологов

- Самоубийства
- Острый инфаркт миокарда
- Последствия наркомании и токсикомании
- Печеночно-почечная недостаточность
- Злокачественные опухоли различной локализации

Меры защиты

Высокий профессионализм

Постоянное повышение уровня знаний

Введение в практику стандартов и алгоритмов как в обследовании, так и в лечении больных

Введение Государственных стандартов технического оснащения службы анестезиологии и реаниматологии.

Разработать и ввести в практику тесты на профессиональную пригодность в специальности.

