



Хірургічні ранові інфекції: проблема та шляхи її вирішення

Широка розповсюдженість, високий рівень захворюваності, висока летальність, соціальні та медичні наслідки переконливо підтверджують необхідність боротьби з ВЛІ.



Аїдин Салманов,

головний спеціаліст
Департаменту державного
санітарно-епідеміологічного нагляду
МОЗ України

Хірургічні ранові інфекції (ХРІ) є найбільш частими ускладненнями у пацієнтів у післяопераційний період. У сучасній клініці вони погіршують прогноз хвороби, залишаються найбільш важливою і гострою проблемою охорони здоров'я в усіх країнах світу у зв'язку з високим рівнем поширеності, захворюваності та летальності, а також спричиненими соціально-економічними збитками. Перебування у хірургічному стаціонарі хворих з інфекційними ускладненнями збільшує тривалість госпіталізації, потребує значних матеріальних витрат як з боку держави, так і родичів пацієнта. Це обумовлено не тільки вартістю медичної допомоги, а й, значною мірою, збитками внаслідок непрацездатності.

За даними літератури, середньорічні економічні збитки внаслідок приєднання ВЛІ до основного захворювання за 2002 р. у Великій Британії склали – 1,07 млрд фунтів стерлінгів і 2,4 млрд доларів у США. ХРІ збільшує тривалість госпіталізації у середньому від 6 до 38 днів у залежності від збудника “додаткової інфекції”. В Україні додаткові витрати на лікування післяопераційних ускладнень у зв'язку з приєднанням ВЛІ до основного захворювання хірургічних пацієнтів, не підраховуються, тому масштаби економічних збитків, завданих державі не відомі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Європейському регіоні за останні 25 років ВЛІ було виявлено від 1,7 % до 44,8 % пацієнтів. Вибірковими дослідженнями вітчизняних та зарубіжних вчених встановлено, що са-

ме ці інфекції є найбільш частими ускладненнями оперативного лікування гострого хірургічного захворювання у післяопераційний період, які діагностують від 17 до 35 % випадків прооперованих хворих. Частота розвитку хірургічних ранових інфекцій залежить від типу та характеру оперативного втручання: при чистих ранах – 1,5–6,9 %, умовно чистих – 7,8–11,7 %, контамінованих – 12,9–17 %, “брудних” – 10–40 %. Не зважаючи на те, що на рівні інфікування пацієнтів у різних країнах світу впливає багато чинників, загальноприйнятим фактом є те, що кожний десятий пацієнт, який звертається в медичний заклад, хворіє на ВЛІ. Вибірковими дослідженнями встановлено, що у хірургічних стаціонарах України ХРІ у пацієнтів у післяопераційний період виявляються у середньому від 13,4 до 38,8 %, що корелює з показниками інших країн. У той же час, згідно з державними статистичними даними України, ХРІ складає лише 0,07 % (2005 р.). Це свідчить про те, що в річних звітах, котрі надаються закладами охорони здоров'я, відсутня достовірна інформація про кількість випадків ХРІ. Це ускладнює аналіз та прогноз захворюваності ВЛІ, не дозволяє розробити адекватні профілактичні та протиепідемічні заходи, контролювати ефективність їх виконання, внаслідок чого епідемічний процес стає неконтрольованим. Віднесення гнійно-септичних інфекцій (ГСІ) до основного захворювання обумовлюють понад 40 % післяопераційної летальності. У США ВЛІ займає четверту позицію (після захво-



рювань серцево-судинної системи, злоякісних пухлин та інсультів) за частотою причин летальності. В Україні дослідження летальних випадків не проведені, а офіційна статистика взагалі відсутня. Летальні випадки серед прооперованих пацієнтів, причиною смерті яких стало загострення хронічної хвороби, спричинене післяопераційною інфекцією, практично не враховуються. Тому оцінити масштаби летальності внаслідок ВЛІ в Україні не можливо. Поряд із цим дані світової літератури вказують на те, що летальність у результаті цих інфекцій в Україні може бути не менша, ніж у розвинених країнах світу. Отже, широка розповсюдженість, високий рівень захворюваності, висока летальність, соціальні та медичні наслідки свідчать про необхідність боротьби з ними.

У залежності від соціально-економічної ситуації в країні, медичних традицій та інших факторів, ця проблема вирішується по-різному. Без сумнівів залишається той факт, що ефективна профілактика і контроль за цими інфекціями потребує координації зусиль на національному та на місцевому рівнях, а також на рівні лікувально-профілактичних закладів. Якщо в США загальнодержавні програми з боротьби з ВЛІ, зокрема ХРІ, з'явилися ще наприкінці 50-х – на початку 60-х рр. ХХ ст., то в колишньому СРСР окремі елементи епідеміологічного нагляду (ЕН) за ХРІ були введені в середині 70-х р. Організацією контролю за ВЛІ, у т. ч. в країнах СНД і в Україні зокрема, займаються переважно заклади Державної санітарно-епідеміологічної служби (СЕС), які входять до складу Міністерства охорони здоров'я. Крім того, у хірургічних стаціонарах згідно з наказом МОЗ СРСР від 31.06.78 р. № 720 “Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией”, створені постійнодіючі комісії з боротьби з цими інфекціями, до функцій яких входять організація та проведення профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). На жаль, ці комісії існують у більшості випадків лише на папері, покладені на них

функції щодо боротьби з ВЛІ з різних причин вони виконувати не можуть. Їхня робота є ефективною відносно організації та здійснення профілактичних заходів, спрямованих на попередження занесення та поширення “класичних” інфекційних захворювань, про що свідчать відсутність реєстрації спалахів та досить низький рівень (5,3 % – 2005 р.) цих інфекцій у стаціонарах України. Щодо організації заходів профілактики розвитку у післяопераційному періоді ХРІ, зазначена постійнодіюча комісія, створена у хірургічних стаціонарах в умовах відсутності добре налагодженої системи епідеміологічного нагляду, який є важливим елементом інфекційного контролю за ВЛІ, не ефективна і потребує перегляду.

Загальновідомо, що закономірності розвитку епідемічного процесу (ЕП) визначаються специфічними характеристиками як контингентів людей, так і збудників, задіяних в ЕП при ВЛІ. Основою ЕН за ВЛІ у лікувально-профілактичних закладах, зокрема у хірургічних стаціонарах, є облік та реєстрація цих захворювань. Відсутність в Україні чітко налагодженої, ефективно діючої системи епідеміологічного нагляду за ХРІ у закладах охорони здоров'я хірургічного профілю ускладнюють реальну оцінку кількісних та якісних показників проявів епідемічного процесу при ВЛІ. За визначенням групи експертів ВООЗ, епідеміологічний нагляд – це епідеміологічне дослідження хвороби як динамічного процесу, яке охоплює як екологію збудника, так і весь складний механізм, що визначає розповсюдженість інфекції. ЕН за ХРІ має виключне значення, особливо для визначення тенденцій розвитку у закладах охорони здоров'я хірургічного профілю.

За даними ВООЗ, ефективна боротьба з поширенням ВЛІ, зокрема ХРІ, та зниження частоти їх виникнення можливі лише за умови налагодження обліку та реєстрації цих інфекцій. Ця робота здійснюється шляхом збору даних, які можуть бути проаналізовані з метою удосконалення методів боротьби з поширенням інфекцій у лікувально-профілактичних закладах. Існуюча система обліку та реєстрації ВЛІ в Україні є ефективною, коли йдеться про “традиційні інфекційні хвороби”, які занесені в стаціонар із зовні.

Для виявлення справжнього рівня частоти виникнення ВЛІ, спричинених умовно-патогенними мікроорганізмами (УПМ), ця система не ефективна і потребує перегляду та науково-обґрунтованого удосконалення з урахуванням світового досвіду. Отже, вирішення в Україні проблеми ВЛІ не можливе без розробки, постійного удосконалення і впровадження в практику охорони здоров'я системи епідеміологічного нагляду, яка базується на результатах епідеміологічної діагностики, що передбачає впровадження системи епідеміологічного нагляду за ХРІ, що є найважливішим елементом програм інфекційного контролю (ІК), який адаптується під умови конкретного закладу охорони здоров'я і можливостей мікробіологічної лабораторії.

ХРІ може виникнути у пацієнта у післяопераційний період протягом його знаходження в лікарні або після виписки. Більшість ВЛІ виникають після 48 год і більше перебування хворого в стаціонарі. Для окремих збудників можливі коливання терміну прояву ранових інфекцій у післяопераційний період, що важливо при встановленні діагнозу ВЛІ. За визначенням Національного Центру США за наглядом за інфекціями CDC (Centers for Disease Control) інфекція уражує рану в області хірургічного втручання протягом 30 днів після операції за умови відсутності імплантату або протягом одного року при наявності імплантату. За даними літератури, від 19 до 65 % випадків хірургічної ранової інфекції діагностуються після виписки хворого зі стаціонару. Отже, відсутність післяопераційного спостереження знижує реальні показники хірургічної ранової інфекції.

Цілком зрозуміло, що ЕН не можливий без стандартних визначень випадків ВЛІ. Критерії, за якими визначається внутрішньолікарняна природа інфекції, а також єдність у визначенні інфекцій різної локалізації має велике значення для інтерпретації даних. При відсутності послідовності у використанні стандартних визначень, будь-яке порівняння даних одного лікувально-профілактичного закладу з іншими протягом певного часу не має сенсу.



В Україні загальноприйняте визначення ХРІ не розроблене, тому епідеміологічний аналіз та порівняння даних різних хірургічних стаціонарів не є достовірними. Крім того, відсутність критеріїв стандартного визначення випадку ВЛІ та терміни їх виникнення призводить до того, що кожний лікар хірургічного стаціонару, самостійно вирішує, чи реєструвати наявні інфекції у пацієнта як внутрішньолікарняного походження. Існує багато визначень випадків ВЛІ, з яких найбільш визнаною системою у світі сьогодні вважають систему визначень, що розроблена у 1988 р. Центрами контролю і профілактики захворювань США – CDC. Ці визначення об'єднують специфічні клінічні дані, результати лабораторних аналізів та інших видів досліджень з урахуванням наукових досягнень в області діагностичних технологій, сформульовані у вигляді алгоритмів. Згідно з CDC, стандартні визначення випадку ВЛІ – це сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. Стандартні визначення випадку призначені для епідеміологічної діагностики і не використовуються для постановки клінічного діагнозу та вибору лікування. Перелік визначень CDC для нагляду за ВЛІ успішно використовують не лише в США, а й в багатьох країнах Західної та Східної Європи, визнаний ВООЗ і може бути успішно адаптований в умовах України.

Згідно з CDC, визначення ВЛІ має низку важливих принципів. По-перше, дані, на підставі яких виявляється і потім класифікується ВЛІ представляють собою різні комбінації клінічних ознак, а також результатів лабораторних та інших видів діагностичних досліджень. Клінічні дані отримують шляхом безпосереднього спостереження за станом хворого або огляду медичної картки пацієнта чи іншої документації, наприклад, температурних листів. Лабораторні підтвердження включають результати бактеріологічних посівів і мікроскопічних досліджень. Додаткові дані забезпечуються іншими методами діагностичних досліджень: ультразвуковими (УЗД), ендоскопією тощо. По-друге, прийнятним критерієм щодо наявності інфекції є діагноз хірур-

га, оснований на результатах безпосереднього спостереження під час хірургічного втручання, ендоскопічного дослідження або іншої діагностичної процедури, або поставленого на підставі клінічних даних, якщо немає доведених даних, що заперечує подібний діагноз (наприклад, якщо запис помилково занесено в карту іншого хворого або діагноз встановлено попередньо і не підтверджується наступними дослідженнями). Однак для інфекцій деяких локалізацій, діагноз лікаря повинен бути обґрунтований із призначенням відповідної антимікробної терапії. По-третє, для того, щоб інфекція була класифікована як ВЛІ, не повинно бути ніяких ознак того, що ця інфекція була присутня у маніфестній формі або в інкубаційному періоді на момент госпіталізації (коли йдеться про класичні інфекції, викликані патогенними мікроорганізмами). Інфекція розцінюється як ВЛІ також у випадку, коли інфекція виникає у лікарні, а проявляється після виписки. По-четверте, до категорії ВЛІ не відносяться випадки, коли інфікування відбувається в умовах, коли інфекція представляє собою ускладнення або подовження інфекції або інфекцій, які були наявні в момент госпіталізації хворого, за виключенням випадків, коли виявлення нового патогенного мікроорганізму або зміна характеру клінічної симптоматики дозволяє з високим ступенем вірогідності припустити можливість приєднання нової інфекції. По-п'яте, ні в період перебування в стаціонарі, ні після виписки, строки, що визначає віднесення інфекції внутрішньолікарняним або заносам, не визначені, за виключенням декількох особливих випадків, що спеціально обговорені у переліку ВЛІ. Таким чином, у кожному конкретному випадку походження інфекції слід визначити лише в аспекті даних, які можуть підтвердити факт інфікування в стаціонарі.

При використанні визначень ВЛІ, слід пам'ятати наступне: 1) попередження інфекції не має ніякого відношення до визначення ВЛІ цієї інфекції. Враховуючи сучасний рівень медичних знань і технологій, можливо попередити лише біля третини усіх випадків ВЛІ; 2) епідеміологічні визначення ВЛІ не спрямовані на

прийняття клінічних рішень щодо ведення хворого. Тому деякі випадки ВЛІ можуть бути не враховані, в той час, коли інші стани пацієнтів помилково враховуються як інфекції.

За класифікацією, запропонованою CDC (США), інфекції в області хірургічного втручання поділяються на три групи, у тому числі поверхнева рана інфекція, глибока хірургічна рана інфекція та інфекція органа і порожнини після операції. Для епідеміологічного діагнозу зазначених хірургічних інфекцій CDC розроблено відповідні стандартні критерії визначення випадків ВЛІ.

Основні проблеми ЕН за ХРІ в Україні на сучасному етапі: відсутня достовірна інформація про частоту та структуру ХРІ; реєстрація ХРІ ведеться лише в абсолютних показниках і включає неповний перелік можливих нозологічних форм, а оперативна інформація взагалі відсутня; не проводиться епідеміологічна діагностика (поточний та ретроспективний аналіз) ХРІ; не проводиться епідеміологічний аналіз даних про етіологічну структуру та біологічні властивості, зокрема антибіотикорезистентність; збудників ХРІ відображені лише в оригінальних наукових роботах, що ускладнює розробку профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня ХРІ; санітарно-бактеріологічні дослідження, які проводяться у хірургічних стаціонарах, дозволяють оцінити переважно якість дезінфекції, а не ступінь активізації епідемічного процесу ВЛІ; недостатній рівень підготовки медичних кадрів із питань профілактики ХРІ; відсутня координація дій санітарно-епідеміологічної служби та лікувально-профілактичних установ щодо виявлення, реєстрації ВЛІ; існуюча система покарань не стимулює медичні заклади до активної участі в об'єктивній реєстрації і звітності ВЛІ.

Отже, вирішення проблеми ВЛІ вимагає насамперед відвертості, об'єктивності та конструктивності як з боку лікувально-профілактичних закладів, так і Державної санітарно-епідеміологічної служби країни. Стратегія боротьби з ВЛІ потребує більш глибоких змін. В Україні нагальною є проблема створення та впровадження на державному рівні нової моделі організації епідеміоло-



гічного нагляду за ВЛІ, що відповідає рекомендаціям ВООЗ та стандартам європейських країн, які вже показали свою ефективність. В першу чергу, це стосується організації та впровадження інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, як важливої складової в системі епідеміологічного нагляду за ВЛІ. Необхідними кроками у цьому напрямі є прийняття єдиного визначення поняття ВЛІ, дефініції окремих нозологічних форм, порядок їх виявлення та державної реєстрації, прийняття єдиного положення про госпітального епідеміолога, лабораторне забезпечення розшифровки етіологічної структури окремих випадків та створення комп'ютерної бази для епідеміологічного аналізу та прогнозування поширення провідних збудників, появи у них факторів патогенності та інших біологічних властивостей, зокрема стійкості до антибактеріальних та дезінфекційних препаратів.

Прагнення мінімізувати ризик захворювання ВЛІ пацієнтів стаціонарів в умовах прогресу медичної техніки і поширення інвазивних втручань призвело до створення у 70–80-х рр. системи інфекційного контролю в стаціонарах (термін CDC, Атланта, США). Ця система продемонструвала свою ефективність не тільки в США, але й в інших країнах, які її запровадили. Створення цієї системи передбачає певну законодавчу базу та інфраструктуру медичної допомоги у державному масштабі. В умовах України, а саме: централізованої державної системи охорони здоров'я створити таку систему цілком можливо. Складніше – при багатукладності медичної допомоги. Тому навіть в економічно розвинених країнах становлення системи інфекційного контролю пройшло непрямий шлях до ствердження. Яскравим прикладом для України, може бути шлях впровадження нагляду за ВЛІ у Німеччині, де в 1994 р. було проведено перше національне дослідження з використанням критеріїв, запропонованих CDC (Атланта, США). У цьому дослідженні під назвою NIDER-1 (Nosokomiale Infektionen in Deutschland- Erfassung und Prevention) добровільно взяли участь 72 лікарні. Дослідження охопили близько 15 тис. пацієн-

тів. Було визначено різну частоту виникнення ВЛІ залежно від профілю пацієнтів. Найчастіше ВЛІ були зафіксовані у пацієнтів палат інтенсивної терапії (15,3 % від кількості хворих). У пацієнтів хірургічного, терапевтичного та акушерсько-гінекологічного профілю було визначено відповідно 3,8, 3,0 та 1,5 % ВЛІ. Найчастішими діагнозами ВЛІ були інфекції сечостатевої системи (40 %) і пневмонії (20 %). Післяопераційні інфекції склали 15 %, сепсис – 8 % від усіх зафіксованих ВЛІ.

Базуючись на попередньому досвіді, наступне дослідження NIDER-2 було проведено в 1995–1998 рр. для відділень інтенсивної терапії та хірургічного профілю 8 лікарень. Під наглядом було більше 11 тис. хворих. Середній рівень ВЛІ склав 6,9 випадка на 100 пацієнтів. За результатами цих досліджень, в Німеччині була створена національна система контролю за нозокоміальними інфекціями – KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance System). В основу KISS покладено протокол американської системи контролю за ВЛІ (NNIS від CDC). Проте існують певні відмінності, що відповідають європейській системі організації медичної допомоги.

Новий закон Німеччини (аналог Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” від 6 квітня 2000 р.) про профілактику інфекційних хвороб (Infektionsschutzgesetz), прийнятий німецьким урядом і введений в дію у січні 2001 р., зокрема (параграф № 23) уповноважив лікувальні заклади організувати нагляд за ВЛІ, передусім у місцях з підвищеним ризиком їх виникнення (наприклад, палати інтенсивної терапії), а також реєструвати небезпечні мультирезистентні шпитальні мікроорганізми. Новий закон зобов'язав усі медичні заклади Німеччини впровадити систему нагляду за ВЛІ як умову надання якісної медичної допомоги, проте залишив за лікувальними закладами право вибору принаймні одного, найнебезпечнішого типу нозокоміальних інфекцій, для якого має проводитись нагляд за системою KISS. Закон також надав повноваження Інституту Р. Коха координувати та проводити епідеміологічні дослідження ВЛІ на федеральному рівні.

Порівняно з Американською системою нагляду за нозокоміальними інфекціями (CDC, Атланта) в Німеччині існують деякі відмінності у термінах. Зокрема замість терміна “інфекційний контроль” частіше вживається термін “шпитальна гігієна”. Відповідно, лікар, який цим займається, називається “шпитальний гігієніст” (Krankenhaus-hygieniker), середній медичний персонал – гігієнічні спеціалісти (Hygiene-Fachkraft). Профілактика і контроль за ВЛІ, згідно з німецькою системою шпитальної гігієни, здійснюється за умови взаємодії чотирьох ланок: медичного директора (аналог головного лікаря або його заступника із медичних питань), шпитального гігієніста (лікаря з інфекційного контролю, епідеміолога), медичних сестер з інфекційного контролю, а також Комісії з гігієни.

Функції лікаря-гігієніста у Німеччині полягають у кваліфікованих консультаціях щодо ВЛІ. Власне, він є радником головного лікаря зі спеціальних питань. Більш конкретні функціональні обов'язки має середній медичний персонал із гігієни. Здійснюючи постійні візити до усіх відділень лікарні, медичні сестри з гігієни контролюють виконання усіх медичних маніпуляцій, а також дезінфекцію і стерилізацію, приготування їжі та прання. Вони допомагають лікарям та слідкують за якістю медичних записів і первинною реєстрацією ВЛІ, а також координують епідеміологічні (статистичні) дослідження і беруть участь у виборі дезінфекційних засобів та відповідного обладнання; навчають середній і молодший персонал лікарні правилам гігієни при виконанні медичних маніпуляцій та догляду за хворими. Вони ж, у тісному спілкуванні з лікарем-гігієністом та медичним директором (головним лікарем), організовують засідання комісії з гігієни (інфекційного контролю) у лікарні. До її складу входять головний лікар (голова комісії), адміністратор та (або) технічний директор, лікар-гігієніст, мікробіолог або інфекціоніст, головна медична сестра, медсестра з гігієни, представник відділення стерилізації та дезінфекції. Діяльність комісії з гігієни спрямована на координацію дій усіх підрозділів лікарні відносно організації системи



нагляду і боротьби з ВЛІ. Відповідно, рішення цієї комісії обов'язкові для виконання.

В 1992 р. інспекція з 2000 німецьких лікарень показала, що незважаючи на те що 90 % з них мали діючі комісії з гігієни, тільки у 35 % лікарень працювали лікарі-гігієністи, здебільшого на умовах сумісництва або неповного робочого дня. Середній медичний персонал, задіяний у нагляді за ВЛІ, працював у 2/3 лікарень, проте тільки у 30–32 % випадків це була їхня постійна або основна робота. Після проведення федеральних досліджень (NIDER-1 та NIDER-2) і особливо після введення федерального закону про запобігання інфекційним хворобам, ситуація з кадровим забезпеченням лікарняної гігієни значно покращилась. До того ж, починаючи з 2000 р. всі дані з нагляду за ВЛІ надсилаються до референс-центру тільки за допомогою комп'ютера, жодних паперів. Згідно з опитуванням персоналу лікарень, які уповноважені обробляти та надсилати дані до KISS – системи, на одну палату інтенсивної терапії або операційне відділення витрачається додатково у середньому 2-3 год на тиждень. Якщо величина лікарні не дозволяє виділити окремі ставки персоналу для виконання такої роботи, впроваджується ротаційна система нагляду: декілька невеликих або середніх за розмірами лікарень мають спільний штат гігієнічного персоналу, який працює в кожній лікарні за відповідним графіком.

Окремої системи епідеміологічного нагляду за ХРІ в національному масштабі в Україні поки що не існує. В той же час ефективно діє чітко відпрацьована система епідеміологічного нагляду за традиційними інфекціями, зокрема ВЛІ, викликаними збудниками зазначених інфекцій. Нині епідеміологічний нагляд за ВЛІ в Україні здійснюється відповідно до Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” від 6 квітня 2000 р., та Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24.02.1994 р., які є правовою базою для організації системи епідеміологічного нагляду за ВЛІ, зокрема ХРІ в Україні. Однак діючий наказ МОЗ СРСР від 18.12.1989 р.

№ 654 “О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний”, передбачає реєстрацію лише окремих нозологічних форм цих інфекцій. Для підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за ВЛІ, згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” до штатного розкладу лікувально-профілактичного закладу з кількістю ліжкового фонду від 100 і більше вводиться 0,5 посади лікаря-епідеміолога. Великі надії щодо організації заходів боротьби з внутрішньо-лікарняними інфекціями поклалися на госпітальних епідеміологів.

На сьогодні створено практично всі умови (в ЛПЗ м. Києва працюють 19 госпітальних епідеміологів, є сучасні баклабораторії) для провадження системи інфекційного контролю за ВЛІ у хірургічних стаціонарах м. Києва. На жаль, із зарахуванням госпітальних епідеміологів у штат лікувальних установ столиці ситуація щодо обліку та реєстрації ВЛІ не поліпшилась, навпаки ці інфекції виявляються ще менше, ефективність їхньої роботи вкрай низька. Основною причиною тому є відсутність належної організації їхньої роботи та методичне керівництво з боку Головного управління охорони здоров'я м. Києва. Викликає занепокоєння також незадовільна робота санітарно-епідеміологічної служби м. Києва щодо епідеміологічного нагляду за ХРІ. Позитивним є лише те, що у м. Києві у всіх районних санітарно-епідеміологічних станціях з метою поліпшення епідеміологічного нагляду за ВЛІ створені відділення лікарняної гігієни з укомплектованим штатом лікарів у кількості 20 осіб. Фахівці цих відділень користуються сучасними бактеріологічними лабораторіями РЕСС, які укомплектовані досвідченими фахівцями та мають необхідну матеріально-технічну базу. Проте наявні кадровий потенціал та лабораторна база санітарно-епідеміологічної служби використовується не ефективно, про що свідчить відсутність належного епідеміологічного нагляду за ВЛІ в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю. Протягом досить тривалого часу фахівцям відділень лі-

карняної гігієни санітарно-епідеміологічної служби м. Києва “не вдається” встановити належний контроль за обліком та реєстрацією ХРІ, що передбачено санітарним законодавством України. За державними статистичними даними щороку у столиці реєструються лише 1-2 випадки ХРІ, що пояснюється неналежним виконанням фахівцями санітарно-епідеміологічної служби своїх функцій щодо контролю за дотриманням санітарного законодавства з боку закладів охорони здоров'я в частині реєстрації ВЛІ. Для порівняння: в м. Одесі при укомплектованому штаті з 3 епідеміологів діє чітко налагоджена система обліку та реєстрації ХРІ у хірургічних стаціонарах, де щороку виявляється понад 1000 випадків, епідемічна ситуація знаходиться під ефективним контролем санітарно-епідеміологічної служби, спалахи ВЛІ не реєструються.

Відповідно до KISS в Німеччині, існує практика, коли госпітальний гігієніст (епідеміолог) може зайти в палату, оглянути хворого, перевірити його призначення, поцікавитися, наприклад, чому пацієнту, в якого операція пройшла без ускладнень температура тіла нормальна, призначаються сильнодіючі антибіотики. І хірурги змушені будуть аргументувати призначення складних ліків. На жаль, в Україні таких прецедентів поки що немає.

Відповідно до стандартів епідеміологічного нагляду, рекомендованих ВООЗ у 1999 р. (World Health Organization. Standards of surveillance recommended by WHO), слід застосувати як активний, так і пасивний епідеміологічний нагляд. Українське санітарне законодавство дає можливість контролювати епідеміологічну ситуацію в країні. Однак недостатньо у системі епідеміологічного нагляду за інфекціями, зокрема ХРІ, з точки зору експертів ВООЗ, є те, що у нас передбачена тільки пасивна реєстрація, а не активне виявлення ВЛІ. Сучасна світова практика інфекційного контролю – це активне виявлення кожного випадку ХРІ, активний епідеміологічний нагляд за формуванням потенційно загрозливих штамів, стійких до антибіотиків та дезінфектантів. Особливістю системи інфекційного контролю в США є те, що вона, як



правило, субсидується державою або національним Центром нагляду за інфекціями (CDC, Атланта), який отримує від лікарняних закладів Америки необхідну інформацію і визначає тенденції розвитку проблеми ВЛІ. Лікарні розробляють на підставі рекомендацій Центру і використовують спеціальні протоколи, збирають дані щодо різних груп хворих, у яких можна очікувати розвиток ВЛІ. Про кожного хворого збирається детальна інформація, яка включає демографічні дані, тип інфекції, фактори ризику, дані про виділений збудник та його антибіотикорезистентність, хід хвороби. У рамках програм ІК розробляються і використовуються окремі інструкції щодо методів визначення, стеження і аналізу антибіотико-резистентності мікроорганізмів, які циркулюють у стаціонарі.

У Росії, де діє така сама, як і у нас, система державного санітарно-епідеміологічного нагляду, вже розроблено і впроваджено у багатьох лікарняних закладах систему інфекційного контролю (аналог американської системи нагляду за нозокоміальними інфекціями), яка передбачає, що активний епідеміологічний нагляд здійснює госпітальний епідеміолог, який проводить епідеміологічну діагностику для організації адекватних протиепідемічних заходів. У здійсненні інфекційного контролю беруть участь усі співробітники лікарні, які розуміють, що достовірні дані про ВЛІ необхідні, перш за все, для раціоналізації профілактичних заходів і попередження виникнення інфекцій. Проводиться постійне інформування всіх працівників лікувального закладу про результати проведення ІК, що посилює відповідальність кожного співробітника за якість своєї роботи. Значна роль відводиться навчанню медичного персоналу з питань ІК.

На сьогодні дуже важливо здійснити в Україні такі заходи:

- удосконалити існуючу систему епідеміологічного нагляду за ХРІ;
- впровадити у лікарнях систему ІК, яка б включала чіткі підходи і критерії щодо діагностики та стеження за ХРІ;
- ввести до штату лікарень хірургічного профілю посаду госпітального



епідеміолога, який зможе забезпечити проведення постійного активного моніторингу за ВЛІ (облік та реєстрацію усіх форм ВЛІ), а також аналіз даних і розробку рекомендацій щодо їх профілактики.

Необхідно також налагодити тісне і плідне співробітництво центрів санітарно-епідеміологічного нагляду (СЕС) з госпітальними епідеміологами лікувально-профілактичних закладів. Таким чином, епідеміологи СЕС отримають можливість більш ефективно будувати свою діяльність щодо профілактики ВЛІ шляхом створення інформацій-

но-аналітичних відділів контролю за закладами охорони здоров'я.

Створення в Україні організаційно-кадрової структури і законодавчої бази, безумовно, сприятиме впровадженню ІК у лікарнях. Проте суттю системи епідеміологічного нагляду за ВЛІ в Україні, її головною ідеєю і справою більш складною, ніж виділення в лікарні робочих місць для фахівців з лікарняної гігієни, є впровадження стандартних визначень випадків ВЛІ та створення стандартизованої бази даних у масштабі держави або принаймні певного регіону.