



**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**



World Health
Organization



**Міністерство охорони здоров'я України
Державна санітарно-епідеміологічна служба
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України»**

Матеріали
Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю
ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИ ІНФЕКЦІЇ
ТА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЇХ ЗБУДНИКІВ
ДО АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ



29-30.09.2011, м. Київ, Україна

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Н.С. Морозова, А.Г. Салманов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Одним из показателей социального благополучия страны является уровень инфекционной заболеваемости, среди которой одно из ведущих мест принадлежит внутрибольничным инфекциям (ВБИ). Учреждения здравоохранения по-прежнему остаются «зоной повышенного риска» в части обеспечения инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала.

В специфических условиях системы «человек-госпитальная среда» уровень инфекционной заболеваемости в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) определяют своевременные и адекватные профилактические мероприятия.

Концептуальные подходы к управлению заболеваемостью ВБИ на протяжении последних десятилетий значительно менялись, так как новые медицинские технологии изменяли и представления о механизмах развития эпидемического процесса ВБИ. В результате в разных странах были разработаны и реализованы различные модели эпидемиологического надзора (ЭН), учитывающие многообразие влияющих на эпидемический процесс факторов.

Общие принципы эпидемиологического надзора и профилактики ВБИ, т.е. сложившаяся система мер ЭН, широко используемая в практике отечественного здравоохранения, уже не отвечает запросам времени и требует непрерывного совершенствования и пополнения новыми организационными формами работы.

На современном этапе необходима существенная оптимизация системы ЭН, которая предполагает совершенствование форм учета ВБИ, внедрение компьютерных программ для мониторинга ВБИ, в том числе микробиологического мониторингования, внедрение новых форм оценки эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий. Это позволит получить объективное заключение по эпидемиологической ситуации в ЛПУ и на этой основе определить стратегию и тактику борьбы с ВБИ.

Однако это возможно только в условиях реформирования сложившейся рутинной системы ЭН, в основе которой лежит устаревший принцип комплексных плановых малоинформативных обследований, носящих карательный характер. Даже организация в ряде случаев при санэпидстанциях отделов по контролю за ЛПУ не решила проблему, поскольку их деятельность была основана на устаревших формах.

Прежде всего, следует учитывать, что госпитальная эпидемиология, представляя собой, безусловно, раздел эпидемиологии, отличается значительной специфичностью, обусловленной характером и свойствами возбудителей ВБИ, многообразием факторов и путей передачи инфекционного агента, спецификой поражаемых контингентов и т.п.

За последнее десятилетие внесены существенные дополнения в сложившуюся систему взглядов, т.е. в теорию эпидемиологии ВБИ, в частности, о механизмах передачи инфекции, источниках инфекции и т.п.

Классическая теория эпидемиологии внешнюю среду относит к факторам передачи инфекции. Однако, учитывая, что значительная часть возбудителей, в частности, гнойных инфекций относится к сапрофитам, а развивающиеся внутрибольничные инфекции при этом являются сапронозами, внешнюю среду следует относить к категории источников инфекции.

При ВБИ возможна реализация выделенных Л.В. Громашевским четырех типов механизма передачи инфекции – фекально-оральный, воздушно-капельный, трансмиссивный и контактно-бытовой.

Однако следует отметить, что в современных условиях исключительно важное значение приобретает новый мощный искусственный (от лат. *artificiale* – искусственный), созданный искусственно медициной, механизм передачи, возникший как побочный продукт медицинских манипуляций.

Именно интенсификация искусственного механизма передачи создала остроту проблемы внутрибольничных инфекций, возникающих при оказании медицинской помощи в стационарах, амбулаторно-поликлинических условиях, оказании скорой медицинской помощи.

Искусственный механизм передачи включает широкий спектр вариантов, большей частью связанных с инвазивными и агрессивными диагностическими и лечебными процедурами, реже с неинвазивными манипуляциями, в частности, ингаляционными процедурами, ваннами и т.п. Число инфекций, потенциальная опасность возникновения которых существует в условиях стационара за счет искусственной передачи, весьма велика.

Значимость искусственного механизма передачи в мире растет в связи с технизацией медицины, расширением спектра сложных инвазивных лечебных и диагностических процедур, трудностью обеззараживания современных изделий медицинского назначения, особенно некоторых видов аппаратуры.

Так, например, использование аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ), подчас спасая жизнь пациента, увеличивает число внутрибольничных пневмоний за счет некачественного обеззараживания аппаратов ИВЛ.

Также и эндоскопические методы исследования и лечения, несмотря на малую травматичность, могут быть инвазивными и приводить к заражению туберкулезом, гепатитами В, С, Д, G. Дефицит эндоскопов и большая потребность в них приводит иногда к нарушению режима обеззараживания.

Поэтому, при проведении мероприятий по разрыву механизма передачи важно предусмотреть меры по пресечению различных подтипов и вариантов как естественного, так и искусственного механизма передачи.

Характер проявлений и интенсивность эпидемического процесса ВБИ имеет прямую зависимость от лечебно-диагностического процесса и определяется его интенсивными характеристиками, одной из которых является степень антиинфекционной защиты медицинских технологий, которые существенно отличаются в стационарах различного типа. Именно этот параметр отражает вероятность экзогенного инфицирования пациентов.

В понятие антиинфекционной защиты при проведении широко распространенных манипуляций, процедур, операций входит с одной стороны

уменьшение доли высокоагрессивных технологий, а с другой - качество дезинфекционно-стерилизационных мероприятий. При этом если стратегия и тактика снижения уровня высокоагрессивных технологий достаточно обоснована, то концепция применения дезинфектологических технологий нуждается в обосновании и конкретизации.

Растущие требования к свойствам дезинфицирующих препаратов и стерилизационных средств, изменяющиеся условия их применения, появление новых видов оборудования, изделий медицинского назначения или других эпидемиологически значимых объектов, требует специфического подхода при их обеззараживании.

Внедрение в практику медицинской дезинфекции большого количества дезинфицирующих средств, отличающихся своими потребительскими свойствами, стоимостью и т.п., сделало актуальной проблему их оптимального выбора для конкретной эпидемиологической ситуации.

Оценка риска инфекционных осложнений является важнейшим звеном, определяющим качество эпидемиологической диагностики и эффективность системы эпидемиологического надзора.

Для этого служит метод микробиологического мониторинга, важным принципом которого является поэтапный контроль стерильности используемых материалов, инструментов, аппаратов, применяемых в конкретных условиях. Интервалы, характер отбираемых проб и количество наблюдаемых однотипных вмешательств определяются видом медицинской технологии. Такой подход позволяет выбрать для данного стационара точки контроля, что значительно повышает эффективность эпидемиологического надзора, а также установить факторы и пути передачи инфекции, провести необходимую коррекцию в применении методов стерилизации, регламенте работы персонала, исключить использование материалов, несущих высокий риск контаминации операционной раны. Метод микробиологического мониторинга должен быть обязательным для эпидемиологической оценки, внедрения новых медицинских технологий, а также в случаях сложно стерилизуемой аппаратуры.

В разделе микробиологического мониторинга особое значение приобретает проблема устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, которая в современных условиях представляет одну из наиболее серьезных проблем медицины и носит глобальный характер.

Научное сообщество осознало опасность пассивного отношения к возникновению и распространению микроорганизмов со сниженной чувствительностью не только к антибиотикам, но и к дезинфицирующим средствам. Возникает необходимость раннего выявления неблагоприятных тенденций и разработки мер, направленных на преодоление устойчивости микроорганизмов к дезинфектантам и антисептикам. Широкое распространение устойчивых возбудителей ВБИ, приводит в одних случаях к неэффективной химиотерапии, а в других – к неэффективным противоэпидемическим мероприятиям.

Поэтому мониторинг чувствительности/резистентности возбудителей инфекционных заболеваний к любым противомикробным средствам является важнейшей задачей медицинской практики, в частности, для осуществления ЭН.

Важнейшим научно-организационным принципом эпидемиологического надзора за ВБИ на современном этапе является его оптимизация на основе использования компьютерной техники. Реализация данного направления позволит с одной стороны обеспечить своевременность получения информации, ее систематизацию, анализ и статистическую обработку для принятия оперативных организационных решений с учетом конкретной эпидемиологической ситуации, а с другой – позволит прогнозировать и моделировать эпидемический процесс ВБИ.

Такой подход возможен только при условии реформирования сложившейся системы ЭН путем создания в эпидотделе СЭС аналитической группы, что даст возможность проводить централизованный сбор и обработку информации по ВБИ на единой методологической основе с использованием единых критериев и оценочных нормативов.

Реализация указанного направления позволит:

- сократить кратность комплексных плановых посещений ЛПУ;
- повысить роль комплексных обследований ЛПУ по эпидпоказаниям;
- оценить эпидемиологическую эффективность различных методов профилактики ВБИ и обеспечить принятие оперативных управленческих решений, направленных на повышение качества профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- установить факторы и группы риска инфицирования ВБИ;
- провести сравнительный анализ заболеваемости в различных ЛПУ (отделениях стационара).

Для реализации поставленных задач необходимо:

- создать единую систему информационных документов, ориентированных на работу в условиях автоматизированной системы управления;
- разработать единые правила кодирования и классификации санитарно-эпидемиологической информации;
- провести модернизацию учетных и отчетных форм ведения медицинской документации.

В этих условиях возрастает роль оперативного контроля за выполнением принятых ранее управленческих решений и эффективностью проводимых противоэпидемических мероприятий. Он должен быть возложен на специалистов дезинфекционной службы, как исполнительско-оперативного звена в системе санэпидслужбы, которые могут, с одной стороны, профессионально оценить степень антиинфекционной защиты медицинских технологий, являющихся одним из ведущих элементов ЭН, а с другой – оперативно внести коррективы в систему дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, проинформировав при этом персонал о новых подходах к их осуществлению. Для этого специалисты дезинфекционной службы должны быть в статусе должностных лиц.

В этих условиях возрастает роль комплексных обследований ЛПУ по эпидпоказаниям, если к этому есть предпосылки по данным аналитической группы эпидотдела СЭС.

Особенности эпидемиологии ВБИ, существенно отличающие их от принципов возникновения, передачи и распространения классических инфекционных заболеваний, требуют соответствующей подготовки специалистов, осуществляющих ЭН за ВБИ.

Как показывает опыт работы по профилактике ВБИ, только благодаря своевременным скоординированным действиям эпидемиологов, дезинфектологов, микробиологов можно обеспечить систему ЭН, а следовательно, и санитарно-эпидемиологическое благополучие в ЛПУ.