



**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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

*Салманов А.Г., Дехтярь А.В., Морозова Е.В., Карманова Г.И.,
Несвижская И.И., Ридный С.В.*

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Украины

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Профилактика внутрибольничных инфекций (ВБИ) – это основная составляющая безопасности лечебно-диагностического процесса и показатель качества оказания медицинской помощи населению.

Существующая система надзора базируется на слежении за основными детерминантами эпидемического процесса, представленными санитарно-гигиеническими и эпидемиологическими блоками.

Санитарно-гигиенический блок предусматривает контроль за всеми факторами, непосредственно влияющими на процесс распространения ВБИ: правильность проектирования новых лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), соблюдение рационального размещения помещений, поточность больных и здоровых, пациентов и персонала, «чистых» и «грязных» технологических потоков, правильность устройства вентиляционной системы, количество лифтов, наличие шлюзов и т.д.

В гигиенический блок также входит оценка соответствия гигиеническим нормативам планировочных решений, набора помещений ЛПУ и их площади, организация питания пациентов и персонала.

Эпидемиологический блок системы надзора имеет ряд основных компонентов и основан на учете основополагающих параметров. Надзор за ВБИ начинается с учета и регистрации случаев заболеваемости пациентов и медицинского персонала по локализации патологического процесса и этиологии. Данные о заболеваемости медицинского персонала – важный показатель, поскольку медицинские работники, вовлекаясь в эпидемический процесс, могут являться как пострадавшими от ВБИ, так и источниками инфекции.

Важную роль играет микробиологический мониторинг за микроорганизмами, выделенными от пациентов, медицинского персонала и с объектов больничной среды. Такой комплекс лабораторных исследований позволяет определить факторы и контингенты риска, выявить циркуляцию госпитального штамма и внести соответствующие коррективы.

Неотъемлемой частью надзора за ВБИ является систематический контроль за антибиотико- и дезрезистентностью госпитальных штаммов, поскольку даже одинаковая эпидемиологическая тактика применения антибиотика и дезинфектанта не приводит к однотипной реакции чувствительности у различных возбудителей.

Наши многолетние наблюдения позволили нам сделать вывод о нецелесообразности проведения плановых высокочувствительных санитарно-бактериологических исследований, так как они не информативны, и как правило, в рамках надзора не анализируются, а констатируются, т.е. эпидемиологически и экономически не оправданы. Бактериологический контроль объектов окружающей

среды ЛПУ целесообразен только по эпидпоказаниям с соответствующим анализом и в случае необходимости коррекцией комплекса противоэпидемических мероприятий.

Многообразие причин, влияющих на развитие эпидпроцесса внутрибольничных инфекций, требует особой оценки роли отдельных составляющих этой проблемы.

Характер проявлений и интенсивность эпидемического процесса ВБИ в значительной степени определяется такими характеристиками лечебно-диагностического процесса как: степень агрессии, степень инвазии, степень антиинфекционной защиты агрессивных медицинских технологий.

Значительное техническое усложнение диагностических и лечебных манипуляций, внедрение новых медицинских технологий, сопряженных с увеличением оперативной активности и агрессивности медицинских вмешательств, привело к значительному росту инфекционных осложнений.

Так, например, по нашим данным за последние годы более чем в 6 раз возросла частота катетеризации подключичной вены, почти в 20 раз частота эндотрахеальных наркозов. Возрос удельный вес хронических инфекций, ассоциированных с временными или постоянными имплантатами (протезы клапанов сердца, протезы сосудов, центральные венозные катетеры и т.п., которые могут быть контаминированы устойчивыми к антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам различными адаптивными формами микроорганизмов (биопленка, некультивируемые и т.д.). Так, согласно данным американских исследователей приблизительно 65% нозокомиальных инфекций обусловлено микробными биопленками.

Учитывая превалирующее значение искусственного пути передачи инфекции при ВБИ, особое значение придается антиинфекционной защите инвазивных технологий, т.е. соблюдению регламентированных мер дезинфекции и стерилизации.

Повседневная практика здравоохранения требует проведения значительного объема современных дезинфекционно-стерилизационных мероприятий. Нами была проведена (2000-2009гг.) эпидемиологическая оценка риска инфекционных осложнений медицинских технологий и степени их антиинфекционной защиты. В многолетней динамике отмечена выраженная тенденция к снижению качества обеззараживания изделий медицинского назначения. Имеют место факты использования современных импортных инвазивных технологий без соблюдения предписанных для них методов и режимов обеззараживания. Выявлены грубейшие нарушения дезинфекции и стерилизации отечественной аппаратуры для инвазивных вмешательств, заведомо регламентированные утвержденной нормативной документацией. Очень медленно внедряются новые эффективные методы предстерилизационной очистки (трехэнзимные препараты), дезинфекции (дезинфекционно-мочные машины), новых технологий низкотемпературной стерилизации (плазменные стерилизаторы) и т.д.

Приведенный основной перечень параметров далеко не полностью реализуется в системе планового эпидемиологического надзора за ВБИ. Практически отсутствует регистрация случаев ВБИ, при анализе полностью исключены показатели заболеваемости медицинского персонала, не проводится оценка лечебно-диагностического процесса с точки зрения его агрессии, инвазивности и соответствующей антиинфекционной защиты.

Вместе с тем проведенные нами исследования показали, что максимальный эпидемиологический эффект может быть достигнут именно от снижения степени агрессии и увеличения степени и стандартизации мер антиинфекционной защиты

медицинских технологий.

Основываясь на десятилетнем опыте изучения проводимого контролирующими организациями эпидемиологического надзора и контроля за ВБИ, нами разработаны основные принципы оценки лечебно-диагностического процесса на современном этапе: градация по степени агрессии и инвазии, их удельного веса в многолетней и внутригодовой динамике, адекватности дезинфекционно-стерилизационных мероприятий и их эффективности. На этой основе разработаны алгоритмы действий должностного лица при осуществлении контроля по разделу дезинфектология.

Какие же задачи необходимо решить, чтобы обеспечить адекватный надзор за ВБИ?

Одним из главнейших направлений является создание нормативной базы, регламентирующей все блоки надзора, включая документы, определяющие функциональные обязанности специалистов санэпидслужбы, дезслужбы и ЛПУ (больничных эпидемиологов), кратность контрольных посещений ЛПУ.

Назрела также настоятельная необходимость определить статус, порядок, объем, методы, критерии оценки микробиологических исследований. Регламентировать составные элементы эпиднадзора и унифицировать методологию эпиданализа.

Следует изменить показатели оценки работы ЛПУ. На данном этапе основными показателями должны быть удельный вес медицинских технологий с низкой степенью агрессии и высокой степенью антиинфекционной защиты. Необходимо унифицировать систему контроля за соблюдением требований законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в ЛПУ. Ныне действуют две формы планового контроля – государственный в рамках госсанэпиднадзора и производственный (внутренний или самоконтроль) в ЛПУ, кратность которых определена крайне устаревшими нормативными документами. Практика контроля последних десятилетий свидетельствует о целесообразности определенного реформирования в этой области. Для этого необходимы законодательные решения, регламентирующие частоту контроля надзорными органами (госсанэпиднадзора) и юридическими лицами (ЛПУ). Опыт показывает, что плановые контрольные мероприятия в рамках государственного контроля целесообразно сократить. Такой подход позволит усилить ответственность ЛПУ в рамках самоконтроля. При этом план производственного контроля должен быть согласован с территориальными центрами госсанэпиднадзора, систематически выполняться и по мере необходимости корректироваться.

Для этого в штате ЛПУ должен быть специалист, прошедший специальную подготовку и имеющий свидетельство об аттестации на осуществление производственного контроля. Такой специалист обязан владеть всесторонними знаниями всех методов контроля за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия учреждения. Основной составной частью производственного контроля является контроль за соблюдением дезинфекционно-стерилизационного режима, утилизацией медицинских отходов, проведением дератизационных и дезинсекционных работ.

Актуальность подготовки по данному разделу обоснована также тем, что в медицинскую практику активно внедряется большое число новых дезинфицирующих и стерилизующих средств, стерилизационной и дезинфекционной аппаратуры и т.д. Поэтому современные условия требуют новых подходов в системе надзора за ЛПУ по профилактике внутрибольничных инфекций.