

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИУкраїни
Державна санітарно-епідеміологічна служба України
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України»

МАТЕРІАЛИ
Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ, ДЕЗІНФЕКЦІЇ
ТА СТЕРИЛІЗАЦІЇ»

05.04.2013,
м. Київ, Україна

РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД КОНТРОЛЮ ЗА ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Марієвський В.Ф.¹, Салманов А.Г.², Доан С.І.¹

¹ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

²Державна санітарно-епідеміологічна служба України, м. Київ

При безсумнівних успіхах у галузі лікувально-діагностичних технологій і, зокрема, методів стаціонарного лікування, проблема внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ), для усіх країн залишається в сучасний період однією з найважливіших, набуваючи все більшого медичного та соціально-економічного значення, є однією із актуальних проблем охорони здоров'я.

Незважаючи на актуальність і клінічне значення, проблема ВЛІ в Україні недостатньо розроблена в організаційному плані. В першу чергу, це стосується, виявлення, обліку та реєстрації ВЛІ в лікувально-профілактичних закладах. В річних звітах, що надаються закладами охорони здоров'я, відсутня достовірна інформація про частоту випадків виникнення ВЛІ. Це ускладнює аналіз та прогноз захворюваності як за окремими нозологічними формами, так і в цілому. Не повна інформація не дає змогу розробки адекватних профілактичних та протиепідемічних заходів, контролювати ефективності їх виконання, внаслідок чого епідемічний процес стає неконтрольованим.

Досвід багатьох країн світу показує, що вирішення проблеми ВЛІ неможливо без розробки, постійного удосконалення і впровадження в практику охорони здоров'я системи епідеміологічного нагляду яка базується на результатах епідеміологічної діагностики. В кожній країні, з урахуванням її політичних, економічних, соціальних та інших особливостей розробляються свої базові програми епідеміологічного нагляду, які

адаптуються під умови конкретного закладу охорони здоров'я і можливостей мікробіологічної лабораторії.

В Україні також проводиться відповідна робота. Спільним наказом МОЗ та АМН України, створена Комісія з контролю за раціональним використанням антибактеріальних та противірусних засобів в Україні, на базі інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського АМН України, створено навчальний центр з інфекційного контролю. Але все одно є дуже багато недоліків, на шляхи вирішення проблеми епідеміологічного нагляду в системі профілактики ВЛІ.

Основні проблеми ЕН за ВЛІ на сучасному етапі є:

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

Стратегія боротьби з ВЛІ потребує більш глибоких змін. Вирішення проблеми ВЛІ вимагає насамперед відвертості, об'єктивності та

конструктивності як з боку лікувально-профілактичних закладів так і Державної санітарно-епідеміологічної служби України.

Нагальною є проблема створення та впровадження на державному рівні нової моделі організації епідеміологічного 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 важливу складову в системі епідеміологічного нагляду за ВЛІ.

Необхідними кроками у цьому напрямку є 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 соматичних стаціонарів в умовах прогресу медичної техніки і поширення інвазивних втручань привело до створення у 70-80-х роках 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 провадили. Створення цієї системи передбачає певну законодавчу базу та інфраструктуру медичної допомоги у державному масштабі.

В умовах України, а саме централізованій державній системі охорони здоров'я створити таку систему цілком можливо. Складніше – при багатоукладності 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). 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 терміну „інфекційний контроль” частіше вживається термін „шпитальна гігієна”. Відповідно, лікар, що 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 головний лікар або його заступник з 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 стосовно ВЛІ. Власне, він є радником головного лікаря зі спеціальних питань. Більш конкретні функціональні обов'язки має середній медичний персонал з 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 пральню. Вони допомагають лікарям та контролюють якість медичних записів і первинну реєстрацію ВЛІ, а також координують епідеміологічні (статистичні) дослідження; 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), організують 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 координації дій усіх підрозділів лікарні стосовно організації системи нагляду і боротьби з ВЛІ. Відповідно, рішення цієї комісії обов'язкові для виконання.

Починаючи з 2000 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 години 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.

Даний час епідеміологічний нагляд за ВЛІ в Україні здійснюється відповідно закону України „Про захист населення від інфекційних хвороб” від 6 квітня 2000 р., та закон України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24.02.1994 р., які є правовою базою для організації системи епідеміологічного нагляду за ВЛІ в Україні.

Для підвищення ефективності епіднагляду за ВЛІ, згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. N 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 покладалися на госпітальних епідеміологів. На жаль, із зарахуванням їх у штат лікувальних установ питання щодо обліку та реєстрації ВЛІ не покращилась.

Сьогодні ж кожний керівник лікарняного закладу разом із своїми працівниками та з госпітальним епідеміологом намагаються приховати ВЛІ, що проявилася всередині лікарні. І тільки тоді, коли їм це не вдається, інформація виходить за межі. І таких випадків ВЛІ, які «ліквідуються» на місцевому рівні, про які ніхто нічого не знає, дуже й дуже багато. В основі успішної боротьби з інфекційними хворобами лежить своєчасне виявлення та етіологічна розшифровка інфекцій, а не її приховування за безликим діагнозом.

За системою KISS в Німеччині, існує практика, коли госпітальний гігієніст (епідеміолог) може зайти в палату, подивитися хворого, перевірити його призначення, зацікавитися, наприклад, чому хворому, в якого операція пройшла без ускладнень, температура нормальна, призначаються сильнодіючі антибіотики? І хірург чи терапевт змушені будуть

аргументувати призначення складних ліків. На жаль у нас в Україні таких прецедентів поки, ще немає.

Потрібно зазначити, що українське санітарне законодавство дозволяє контролювати епідеміологічну ситуацію з ВЛІ. Однак, недоліком, з точки зору ВООЗ, є те, що у нас передбачена тільки реєстрація, а не активне виявлення ВЛІ. Сучасна світова практика інфекційного контролю - це активне виявлення кожного випадку ВЛІ, 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 ПК 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 розроблена і впроваджена у багатьох лікарняних закладах система 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.

Досвід розвинених країн світу показують, що впровадження програм Інфекційного контролю поки, ще не вирішило проблему достовірності обліку та реєстрації ВЛІ, але обізнаність медичних працівників із значущості проблеми ВЛІ може дати позитивний результат у профілактиці госпітальних інфекцій.

Створення в Україні організаційно-кадрової структури і законодавчої бази, безумовно, сприяє впровадженню інфекційного контролю 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 державі або, принаймні, певного регіону.