

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ковалева В.И., Подымова А.С., Пономаренко Н.Ю., Балуева Л.Л.

ГОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия Росздрава, ГУЗ Свердловский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Екатеринбург

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Свердловской области продолжает развиваться. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных на 01.01.2010 года составило 43 021 случай, показатель распространенности – 975,6 на 100 тыс. населения. За 2010 год вновь выявлено 4 635 случаев ВИЧ-инфекции.

По мере роста числа ВИЧ-инфицированных увеличивается и обращаемость их в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) разного профиля. При оказании медицинской помощи таким пациентам возможно возникновение аварийных ситуаций, когда кровь или другие биологические жидкости от ВИЧ-инфицированного пациента попадают на кожу, слизистые покровы медработника, а также при травматизации их при выполнении медицинских манипуляций.

Большое число инвазивных лечебно-диагностических процедур, достаточно высокий травматизм медработников в ЛПУ ведут к возможному риску их заражения ВИЧ-инфекцией. Риск инфицирования медработников ВИЧ-инфекцией при аварийной ситуации зависит от специальности, должностного статуса, дозы инфекта, степени контакта с инфицированным кровью, своевременности экстренной профилактики. Вероятность заражения ВИЧ от одного укола иглой инфицированной кровью, оценивается при ВИЧ-инфекции в 0,3–0,6%, при попадании зараженной крови на поврежденную кожу – 0,1%, на слизистые оболочки – 0,09%.

Целью настоящего исследования была оптимизация системы профилактики заражения ВИЧ-инфекцией медперсонала ЛПУ при аварийных ситуациях.

Для выполнения поставленной цели нами был проведен ретроспективный анализ 802 аварийных ситуаций у медперсонала, связанных с оказанием лечебно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Аварии были зарегистрированы в течение 8 лет в ЛПУ Свердловской области. Анализ проводился на основании оперативных донесений и актов об авариях, связанных с риском профессионального заражения ВИЧ-инфекцией при оказании помощи ВИЧ-инфицированным.

На основании анализа установлено, что в аварийных ситуациях пострадали все категории медработников, но большую часть из них составляли медсестры (52%) и врачи (28%). Из пострадавших в аварийных ситуациях врачей 2/3 – хирурги и акушеры-гинекологи. Среди фельдшеров большинство – работники скорой помощи. Из пострадавших медсестер 70% – постовые, 10% – медсестры РАО, оперблоков.

Больше половины всех аварийных ситуаций отмечены в хирургических и акушерско-гинекологических отделениях, 9% – в РАО, и остальные – в отделениях разного профиля (наркологические, терапевтические, неврологические, детские и др.)

Факторы риска заражения при аварийной ситуации были различными. Наибольший процент (73,8%) на протяжении всех лет составляли уколы кистей рук медработников иглами, в основном (87%) полыми. Уколы кистей рук инъекционными иглами происходили при различных обстоятельствах: в 42% случаев – при постановке внутривенных и внутримышечных инъекций, в 12% – при разборе и мытье инструментов, в 13% – при взятии крови из вены, в 7% – при постановке катетера, в остальных случаях – при прочих ситуациях.

В 5% случаев у медработников отмечались колото-резаные раны кистей рук острыми инструментами, инфицированными кровью (скальпелем, спицами, троакаром, и др.). Кроме того, были отмечены случаи, когда у врачехирургов за время одной операции отмечалось по два фактора риска заражения ВИЧ: резаная рана кистей рук скальпелем и укол их инъекционной иглой; разрыв перчатки с затеканием крови с перчатки на кожу предплечья, а в конце операции – глубокий укол пальца шовной иглой.

В 10,5% случаев кровь пациента попадала на слизистую глаз медработника, в 9% – на кожу, причем в половине случаев – на поврежденную (наличие трещин, царапин, микротравм, кожных заболеваний и т.д.). В ряде случаев поврежденная кожа у медработников предварительно, перед надеванием перчаток, не обрабатывалась, имеющиеся микротравмы не заклеивались лейкопластырем, что, естественно, увеличивало степень риска их инфицирования. Этот характер аварий был связан, в основном, с разрывом перчаток, в силу их низкого качества. Кроме того, если у пациента был отрицательный результат обследования на ВИЧ, или о его ВИЧ-статусе ничего не было известно, медперсонал в отдельных случаях игнорировал использование необходимых барьерных средств защиты, не учитывая возможного нахождения пациента в «серонегативном окне», хотя и в этот период он мог быть источником инфекций.

Наибольший процент аварий (40,2%) был отмечен при постановке различных инъекций и во время оперативных вмешательств (19%). Большая половина аварий была связана со случайными уколами кистей рук медработника острыми инструментами. В 15% случаев причиной аварий было несоблюдение медработниками универсальных мер безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с биоматериалом (работа без барьерных средств защиты, или использование этих средств низкого качества, снятие игл со шприцев до дезинфекции и др.).

В 9% отмечались нарушения стандарта технологии проведения лечебно-диагностических процедур (надевание колпачка на иглу, работа иглой без шприца и др.). В 13,6% не соблюдались правила утилизации острых инструментов (отсутствие герметичных контейнеров для утилизации, небрежность при разборке, мытье инструментов, уборка рабочих мест с оставленными на них острыми инструментами и др.). В ряде случаев аварийным ситуациям способствовало агрессивное поведение пациентов, особенно наркозависимых, перегрузка персонала, результатом которой была спешка и невнимательность.

В среднем, за весь период наблюдения 46% аварий были минимальной степени риска, 44% – умеренной и 10% – высокой. Антиретровирусная терапия была назначена 92,2% медработников и практически все начали получать ее в первые сутки. В результате диспансерного наблюдения за пострадавшими медработниками случаев профессионального заражения ВИЧ среди них не было отмечено.

Таким образом, медработники в силу своей профессиональной деятельности, составляют группу риска по заражению ВИЧ, особенно медицинские сестры и врачи. С целью снижения риска инфицирования медперсонала ВИЧ-инфекцией при аварийных ситуациях необходимо оптимизировать систему профилактики этой инфекции, обратив особое внимание на отработку стандарта технологии проведения лечебно-диагностических процедур и универсальные меры инфекционной безопасности.