



Рисунок 1.

### Охват антиретровирусной терапией женщин и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей Свердловской области за 2003-2009 гг.

При выборе АРВТ для беременной женщины учитываются следующие факторы: срок беременности, активность препаратов, спектр их побочных эффектов, предполагаемые потребности в дальнейшем лечении, вероятность соблюдения схемы лечения, сопутствующие заболевания, взаимодействие противовирусных препаратов с другими лекарственными средствами, вероятность первичной устойчивости возбудителя и др.

После начала антиретровирусной терапии приверженность пациента тщательно оценивается во время каждого визита для раннего выявления возможных рисков и возникающих проблем, уточняется знание схемы, режима приема и запас антиретровирусных препаратов, количество пропущенных доз и причины по которым допущены пропуски. В амбулаторной и обменной карте ВИЧ-инфицированной беременной фиксируется динамика лабораторных показателей на фоне АРВТ и принимаемая схема, что подчеркивает важность строгого соблюдения лечения во время каждой явки.

В результате такой организации работы все большее число ВИЧ-инфицированных женщин получают полный курс химиопрофилактического лечения во время беременности и родов, увеличивается количество охваченных антиретровирусной терапией новорожденных, что видно из представленной диаграммы (рис.1).

Как показала практика, мультипрофессиональный подход для оказания комплексной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, является наиболее эффективным и требует согласованных усилий специалистов, направленных на решение основной цели – повышение эффективности антиретровирусной терапии за счет улучшения качества оказываемой помощи.

#### Выводы

1. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции в настоящее время является крайне актуальной, и ее необходимо рассматривать как одну из приоритетных задач на современном этапе.
2. Организация мультипрофессиональных команд для оказания комплексной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам является важнейшим условием повышения эффективности профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

#### Литература

1. Афолина Л.Ю., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А., Юрин О.Г. и др. Клинические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Рабочий документ. – М.: ФГУ РКИБ МЗ и РФ и ФНМЦ СПИД, 2009. – 52с.
2. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при инфекции ВИЧ: Пособие для врачей. – М.: Медицина, 2003. – 77с.
3. Методические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – 24с.

## СИСТЕМА ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Подымова А.С., Левченко М.В.

ГУЗ Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Екатеринбург

Система инфекционного контроля в отличие от эпидемиологического надзора включает не только надзорные и диагностические функции, но и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи, обеспечение сохранности здоровья пациентов и персонала. В учреждениях здравоохранения Свердловской области эта работа начала планомерно проводиться после выхода приказа № 220 МЗ МП РФ «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ» в 1993 году.

Реализация программы инфекционного контроля предусматривает разработку:

- структуры управления и распределения функциональных обязанностей по инфекционному контролю, созданной из представителей администрации больницы, ведущих специалистов, заинтересованных в решении проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ): заместитель главного врача, эпидемиолог, бактериолог, клинический фармаколог, хирурги, акушеры - гинекологи, главная медицинская сестра и другие представители, принимающие участие в разработке и внедрении стандартов инфекционной безопасности;
- системы полной регистрации и учета госпитальных инфекций, направленной на своевременное и полное вы-

явление, регистрацию и учет всех гнойно-септических инфекций, с использованием стандартных определенных случаев гнойно-септической инфекции (по конкретным нозологическим формам);

- микробиологического обеспечения инфекционного контроля на базе бактериологической лаборатории, способной выполнять исследования необходимого качества и в полном объеме в соответствии с микробиологическими условиями конкретного стационара и организации компьютерной базы данных, обеспечивающей проведение полноценного эпидемиологического анализа;
- организации и проведения эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций, обеспечивающей проведение эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий, т. е. полноценно функционирующей системы эпидемиологического надзора;
- системы организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, основывающейся на результатах эпидемиологической диагностики и учитывающей конкретные особенности данного стационара;
- действующей гибкой системы обучения персонала по проблемам инфекционного контроля (на базе собственной больницы и с привлечением внешних образовательных институтов), включающей в себя дифференцированные образовательные программы для обучения специалистов разного профиля;
- системы охраны здоровья медперсонала, созданной в целях защиты здоровья медицинских работников от неблагоприятного воздействия профессиональных факторов инфекционной и неинфекционной природы.

За 2009 год в учреждениях здравоохранения Свердловской области зарегистрировано 2704 случая внутрибольничной инфекции, в том числе 1084 случая среди новорожденных, 528 случаев среди родильниц, 618 случаев среди послеоперационных больных и 446 случаев среди прочих контингентов учреждений здравоохранения. Уровень заболеваемости ВБИ находится в пределах средних многолетних показателей.

Проблема выявления, учёта и регистрации случаев внутрибольничных инфекций в учреждениях здравоохранения Свердловской области стоит по-прежнему остро. Отсутствует стандарт определения случая ВБИ, не отработана система регистрации случаев ВБИ, выявленных ретроспективно, и, как следствие, практически не проводится регистрация послеоперационных инфекций суставов, костей, ожоговых поверхностей (всего 5 случаев), инфекций репродуктивных органов (30 случаев), нагноений послеоперационной раны, шва (23 случая), посткатетеризационных инфекций кровотока (13 случаев), инфекций мочевыводящих путей (19 случаев), инфекций пролежней (57 случаев), что не позволяет своевременно выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия и предпринимать адекватные профилактические мероприятия.

Система учета и регистрации ВБИ с этих позиций представляет собой инструмент, позволяющий проводить точную и своевременную диагностику. Перечень и классификация ВБИ и других состояний, подлежащих учету, основываются на стандартных определениях случая (диагностических критериях), разработанных для каждой нозологической формы.

В структуре внутрибольничных инфекций 41,0% составляют инфекции новорожденных, 19,5% - инфекции родильниц, 22,8% - инфекции у послеоперационных больных, 16,5% - прочие внутрибольничные инфекции. За период с 2004 по 2009 г.г. появилась тенденция к снижению удельного веса ВБИ у новорожденных с 53,7% до 41,0%, родильниц

- с 23,0% до 19,5% и росту доли ВБИ у послеоперационных больных и прочих ВБИ с 11,9% до 22,8% и с 11,2% до 16,5% соответственно.

В большинстве бактериологических лабораторий учреждений здравоохранения Свердловской области не используется трехуровневое исследование микроорганизмов (количество (титр), антибиотикограмма, внутривидовое типирование), что не позволяет определить наличие эпидемиологических связей между источниками значимых ВБИ, провести анализ данных по распространению общего микроорганизма среди больных, медицинского персонала и в окружающей среде.

Изучение в динамике частоты выделения устойчивых к антибиотику (или их набору) микроорганизмов дает представление об изменении эпидемической ситуации в ЛПУ, позволяет отслеживать формирование госпитальных штаммов, проводить анализ структуры антибиотикорезистентных штаммов и своевременно определить «метки» госпитального штамма.

Сегодня Министерством здравоохранения Свердловской области при участии врачей эпидемиологов ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», ГУЗ СО «Областная клиническая больница №1» разработаны методические рекомендации по осуществлению мероприятий инфекционной безопасности в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской области. Для разрыва путей передачи инфекционного начала ВБИ проводится ротация дезинфекционных средств. За последние 10 лет в учреждениях здравоохранения Свердловской области произошел значительный прогресс в области больничной гигиены: во многих больницах внедрены дозаторы для антисептиков и жидкого мыла, бумажные полотенца, алгоритмы обработки рук медицинского персонала.

В учреждениях здравоохранения Свердловской области продолжается работа по улучшению качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий. За период с 2002 по 2009 годы обновлен парк стерилизационного оборудования: воздушных стерилизаторов - на 40%, паровых стерилизаторов - на 24%. Учитывая ежегодное увеличение количества осуществляемых малоинвазивных оперативных вмешательств, сегодня назрела насущная потребность в замене стерилизующего оборудования на более современное. В стерилизационных установках, соответствующих требованиям времени, используется более эффективный стерилизующий агент - окись этилена, что значительно сокращает сроки стерилизации, не повреждает дорогостоящий инструментарий и позволяет увеличить цикл использования эндоскопического оборудования.

Несомненно и то, что способствует профилактике внутрибольничного инфицирования пациентов и максимально возможное использование одноразовых изделий медицинского назначения.

Приоритетное место в системе профилактики ВБИ занимает охрана здоровья медицинского персонала. Медицинский персонал учреждений здравоохранения Свердловской области привит от гепатита В, обеспечен спецодеждой и средствами индивидуальной защиты (халатами, перчатками, защитными экранами, колпаками и масками).

Реализация Комплексного плана мероприятий по диагностике и профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях муниципальных образований в Свердловской области в 2009-2010 годах, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления Роспотребнадзора по Свердловской области от 17.06.2009г., позволяет реализовать систему «инфекционного контроля» и эпидемиологического надзора за ВБИ в учреждениях здравоохранения.