

ИНФЕКЦИОН НЫЙ КОНТРОЛЬ

ЛЕКЦИЯ 2

1.1. ПРОБЛЕМА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Во всем мире внутрибольничные инфекции являются актуальной проблемой. Отечественные и зарубежные исследователи свидетельствуют: внутрибольничная инфекция (ВБИ) возникает как минимум у 5-12% пациентов, поступающих в ЛПУ. Смертность от нее достигает 25%, а у новорожденных ВБИ — основная причина смертности. В стационарах различного профиля периодически возникают эпидемические вспышки.

К ВБИ относят заболевания, возникающие:

у пациентов, инфицированных в стационаре;

у пациентов, получающих поликлиническую помощь (скорую, неотложную);

у медицинских работников, заразившихся при оказании помощи пациентам в стационаре, поликлинике, в условиях скорой (неотложной) помощи.

В возникновении, поддержании и распространении ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ. В данном учебнике отмечены факторы, увеличивающие рост ВБИ, которые непосредственно связаны с медицинским персоналом.

1. Искусственно сформировался мощный механизм передачи возбудителей инфекций, связанный с инвазивными вмешательствами, лечебными и диагностическими процедурами, использованием медицинской аппаратуры.

2. Активизировался естественный механизм передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельный и контактно-бытовой в условиях тесного общения пациентов и медицинского персонала ЛПУ.

3. Широкое использование для диагностики и лечения сложной техники приводит к травмированию слизистых оболочек и кожного покрова, формируя «ворота» для возбудителей инфекции, поэтому требуются особые методы стерилизации. А они часто отсутствуют.

4. Медленная психологическая перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривающих ВБИ (пневмония, пиелонефрит, воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, в т.ч. постинъекционные инфильтраты) как неинфекционную патологию. Это приводит к несвоевременным профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям.»

В структуре ВБИ ведущее место — 75-80%, особенно в крупных городах, занимают гнойно - септические инфекции (ГСИ). Основные пути ее передачи — контактный и воздушно-капельный (аэрозольный). Факторы риска возникновения ГСИ:

увеличение среди сотрудников числа носителей штаммов резидентного типа;

формирование госпитальных штаммов;

увеличение обсемененности воздуха, окружающих предметов и рук персонала;

диагностические и лечебные манипуляции;

несоблюдение правил размещения пациентов;

несоблюдение правил инфекционной безопасности при уходе за пациентами; др.

Среди заболеваний, относящихся к ВБИ, большинство связано с медицинскими вмешательствами. В частности, это постинъекционные осложнения (инфильтраты, абсцессы, флегмоны). Следует отметить, что многочисленные литературные данные не позволяют получить объективное представление о частоте ВБИ, развивающихся в результате диагностических и лечебных процедур, вакцинаций и профилактических осмотров.

Итак, у 69,3% госпитализированных пациентов с постинъекционными осложнениями, инъекция производилась медицинскими работниками поликлиник и скорой помощи.

Смертность пациентов с постинъекционной патологией составляет 2%, так как у 1,7% пациентов происходит генерализация инфекции.

Передаче ВИЧ и вирусов гепатита В, С, Д также способствуют инъекции. Так, серьезный первичный очаг ВИЧ был зарегистрирован в 1988 г. в Элисте и соседних городах — 250 инфицированных. Сегодня, учитывая увеличение ВИЧ-инфицированных, в том числе среди медицинского персонала, риск передачи ВИЧ во время диагностических и лечебных процедур значительно возрастает.

Вирусные гепатиты В, С, Д составляют 6-7% в общей структуре ВБИ. При росте заболеваемости гепатитом В в Российской Федерации можно ожидать в ЛПУ увеличения риска инфицирования вирусом гепатита В.

7 - 12 % - кишечные инфекции, при этом 80% случаев — сальмонеллез. 7-9% внутрибольничного сальмонеллеза выявлено у медицинского персонала ЛПУ. Исследователи отмечают, что «медицинский персонал является основным резервуаром инфекции, за счет которого обеспечивается циркуляция и сохранение возбудителя, вызывающего формирование стойких очагов сальмонеллеза в ЛПУ.»

Передача патогенных микроорганизмов от пациента к пациенту происходит также, как и от пациента к персоналу.

В частности, через руки персонала передаются: золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, стрептококк А, энтерококк, эшерихии, клебсиелла, энтеробактер, протей, сальмонелла, синегнойная палочка, анаэробные бактерии, дрожжеподобный гриб рода кандиды, простой герпес, вирус полиомиелита, вирус гепатита А.

Учитывая количество микроорганизмов, следует помнить, что мытье рук — серьезная мера профилактики ВБИ.

1.2. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

При уходе за пациентами профилактика внутрибольничной инфекции (ВБИ) возможна при соблюдении общих мер предосторожности:

мыть руки сразу после контакта с инфицированным материалом и пациентами (кровью и другими биологическими жидкостями организма, инфицированным пациентом или предметами ухода за ним);

по возможности не прикасаться к инфицированному материалу;

надевать перчатки при контакте с кровью, инфицированным материалом и биологическими жидкостями;

мыть руки сразу после снятия перчаток;

немедленно убирать просыпанный или пролитый инфицированный материал;

дезинфицировать оборудование по уходу сразу после использования;

использованный перевязочный материал сжигать.

Мытье рук — важнейшая процедура, позволяющая предупредить ВБИ. Выделяют три уровня деконтаминации рук: социальный, гигиенический (дезинфекция), хирургический (в данном руководстве освещаются первые два уровня).

Социальный уровень: мытье не сильно загрязненных рук мылом с водой позволяет удалить с кожи большинство транзиторных микроорганизмов. Социальная обработка рук проводится:

перед приемом пищи;

после посещения туалета;

перед и после ухода за пациентом;

при загрязнении рук.

На рис. 1.2 показаны поверхности, которые часто пропускают во время мытья рук, поэтому они остаются, как правило, грязными. После поверхностных контактов с пациентом (например, измерение АД) мытье рук не требуется.

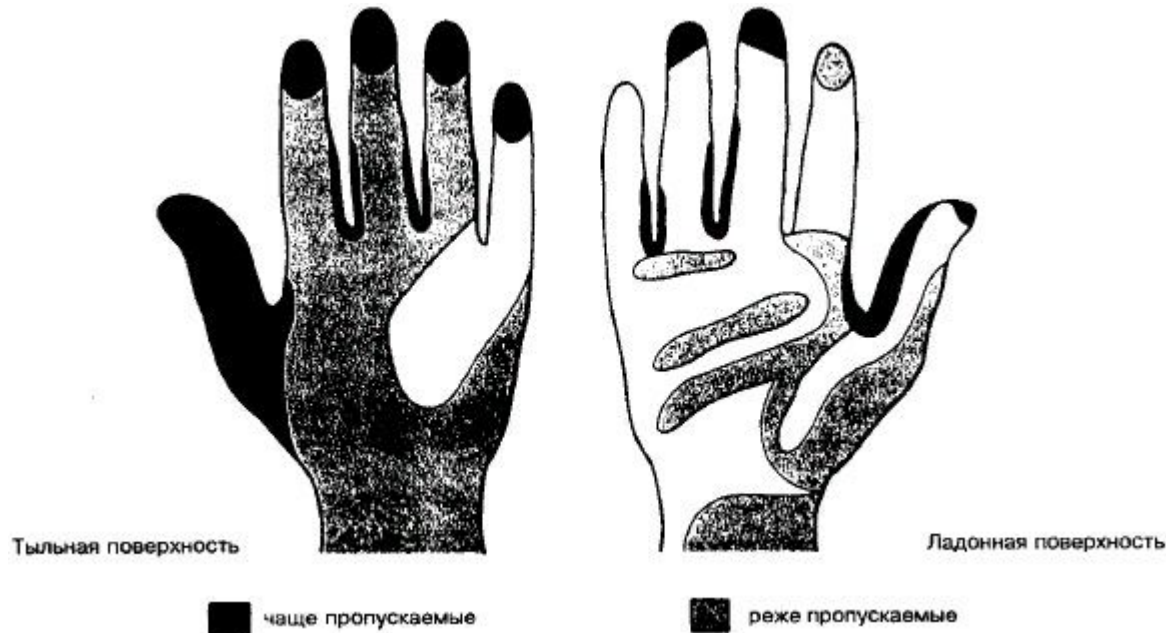


Рис. 1.2. Участки, пропускаемые при мытье рук

Мытье рук (социальный уровень)

Оснащение: жидкое мыло (мыльница с решеткой и кусок мыла), салфетки, бумажное полотенце.



Рис. 1.3. Подготовка к мытью рук

I. Подготовка к процедуре

Снимите все кольца с рук, за исключением обручального (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микроорганизмов).

Сдвиньте часы выше запястья или снимите их, положите в карман или прикрепите булавкой к халату.

Откройте водопроводный кран, используя бумажную салфетку, чтобы избежать контакта с имеющимися на кране микроорганизмами, отрегулируйте температуру воды.

II. Выполнение процедуры

Намыльте ладони (при использовании кускового мыла ополосните его и положите в мыльницу с решеткой).

Вымойте руки путем энергичного механического трения намыленных ладоней между собой в течение 10 с.

Смойте мыло под проточной водой: держите руки так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей (в этом положении вода течет от чистой зоны к грязной).

III. Завершение процедуры

Закройте водопроводный кран, используя бумажную салфетку.

Осушите руки бумажным полотенцем (полотенце из ткани быстро становится влажным и является идеальным резервуаром для размножения микроорганизмов).

Примечание. При отсутствии проточной воды может быть использован таз с чистой водой.

Мытье рук (гигиенический уровень)

Оснащение: жидкое мыло (мыльница с решеткой и кусок мыла), кожный антисептик, салфетки, бумажное полотенце.

Гигиенический уровень обработки рук — мытье с использованием антисептических средств. Это более эффективный метод удаления и уничтожения микроорганизмов.

Гигиеническая обработка рук проводится:

перед выполнением инвазивных процедур;

перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом;

перед и после ухода за раной и мочевым катетером;

перед одеванием и после снятия перчаток;

после контакта с биологическими жидкостями организма или после возможного микробного загрязнения.

I. Подготовка к процедуре

См. «Социальный уровень» — п.п. 1-3.

II. Выполнение процедуры

Намочите руки под струей проточной воды или в тазу с водой.

Нанесите на руки 3-5 мл антисептика или тщательно намыльте руки мылом.

Вымойте руки, используя технику, показанную на рис. 1.4:



- а) энергичное механическое трение ладоней — 10 с, повторить 5 раз;**
- б) правая ладонь растирающими движениями моет (дезинфицирует) тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь также моет правую, повторить 5 раз;**
- в) левая ладонь находится на правой кисти; пальцы рук переплетены, повторить 5 раз;**
- г) пальцы одной руки согнуты и находятся на другой ладони (пальцы переплетены), повторить 5 раз;**
- д) чередующее трение больших пальцев одной руки ладонями другой; ладони сжаты, повторить 5 раз;**
- е) переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки, повторить 5 раз.**

Промойте руки под проточной водой, держите их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей.

III. Завершение процедуры

Закройте кран, используя бумажную салфетку.

Осушите руки бумажным полотенцем. Примечание. Если невозможно гигиеническое мытье рук водой, можно обрабатывать их с помощью 3-5 мл антисептика (на основе 70-градусного спирта) в течение 2 мин.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!