

ПОЛІТИКА МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ПРІОРІТЕТУ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Хоменко Ірина Михайлівна,
д.мед.н., професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології,*

*Івахно Олександра Петрівна,
д.мед.н., професор,*

*Романюк Г.Б., асистент,
кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології,
НУОЗ МОЗ України імені П.Л. Шупика*

*Александрін Андрій Валерійович,
к. мед.н., голова ГО «Інфекційний контроль в Україні»*

Вступ. У зв'язку з активними воєнними діями на території України, великою кількістю поранених військових та цивільного населення, у яких раневі поверхні є часто забрудненими, це може спричинити виникнення внутрішньо лікарняних інфекцій (ВЛІ) через зараження інших пацієнтів та медичного персоналу, який контактує з ними.

Таким чином, дотримання вимог інфекційного контролю (ІК), профілактика та виявлення ВЛІ в стаціонарах стає критично важливим.

Термін внутрішньо лікарняні інфекції (ВЛІ) (інші назви - нозокоміальні, госпітальні чи ятрогенні інфекції) не новий і використовується в нашій країні не одне десятиліття. За оцінками експертів ВООЗ, перебування в лікарні завдає додаткової шкоди здоров'ю кожного десятого пацієнта. Найбільш небезпечними щодо розвитку ВЛІ є хірургічні стаціонари, але отримати її можна і в будь-якому лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ), де проводяться медичні маніпуляції. При цьому на безпеку наражаються не лише пацієнти, але й медичні працівники.

Мета роботи: дати оцінку впровадження в практику закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) принципів епідагляду за ВЛІ, виконанням вимог ІК.

Матеріали та методи: бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, експериментальний.

Кафедрою вперше проведено цикли тематичного удосконалення (ТУ) з ІК для лікарів усіх спеціальностей з метою виявлення і підвищення рівня їх

підготовки з питань ІК та профілактики ВЛІ. У циклах було задіяно більше 60 лікарів з центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), стаціонарних відділень ЗОЗ, ДУ «Центри контролю та профілактики хвороб МОЗ України» різних регіонів України та м. Києва.

В процесі навчання був використаний тестовий контроль знань, вирішення реальних ситуаційних завдань. В результаті аналізу яких були виявлені прогалини в підготовці медичних працівників з вищезазначених питань.

Результати та обговорення.

Одним із основних завдань охорони здоров'я є не лише забезпечення високої якості медичної допомоги, але й створення безпечного середовища перебування в медичних закладах для пацієнтів і персоналу. Найважливішою складовою цієї проблеми є ВЛІ, які нині у світі прийнято називати інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги (ІПНМД). Також дана проблема падає важким тягарем на економіку держави в цілому. У багатьох країнах світу рівень захворюваності на ІПНМД пацієнтів і персоналу в закладах охорони здоров'я визнано індикатором якості та безпеки надання медичних послуг.

За даними експертів ВООЗ, навіть у розвинених країнах, ІПНМД виникають у 5-10% госпіталізованих, а у відділеннях інтенсивної терапії – у понад 25% хворих. Більш ніж 8,3% від усіх летальних випадків у лікарнях є результатом госпітальної інфекції. У країнах Європи щорічно реєструють близько 5 млн випадків ІПНМД (46-93 на 1000 госпіталізованих, у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії – 97-318 на 1000), зокрема, у Німеччині ІПНМД виявляють приблизно у 3,5% пацієнтів, у Франції – у 7,6%, Швеції близько 7% та Великій Британії близько 10%. У США реєструють близько 2 млн таких захворювань у стаціонарах, що становить 5% пацієнтів чи 1% населення країни, які потерпають від госпітальних інфекцій. За даними експертів ВООЗ, у країнах, що розвиваються, цей показник у деяких випадках перевищує 40%. В Україні достовірної статистичної інформації щодо цього показника немає.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України в нашій країні у 2018 р. офіційно зареєстровано лише 3216 випадків ВЛІ. В цей же рік

госпіталізовано більше 3 млн. хворих. Тобто ВЛІ становлять приблизно 0,1%. ВООЗ немає інформації з цього приводу по Україні. До недавнього часу всередині країни питання вирішувалося досить просто: факт наявності ВЛІ всіляко намагалися приховати. Причиною цього було адміністративне покарання для керівника ЛПЗ, а від нього лікарям, середньому медичному персоналу за допущення ВЛІ у пацієнта чи медпрацівника. Була така собі страусина політика: немає даних — немає проблеми, яку потрібно вирішувати. Таке ігнорування проблеми насправді обходиться дуже дорого: збільшується кількість днів перебування таких пацієнтів в стаціонарах, використовується набагато більше медичних препаратів, у т.ч. дороговартісних антибіотиків. На жаль, в Україні немає даних щодо економічних збитків від ВЛІ. Необхідно змінити політику керівників держави та ЛПЗ щодо реєстрації ВЛІ для виявлення їх реальної кількості.

В країні вже зроблені певні кроки в цьому напрямі. Прийнято наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення», яким регламентовано впровадження ВІК в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ). Зміст наказу максимально адаптовано до міжнародних стандартів.

Особливостями документу є: первинне складання річного плану ППК для виявлення актуального стану з ІК в ЛПЗ і встановлення першочергових потреб; необхідного матеріального забезпечення і введення ВІК в штатний розклад закладу.

Для виконання вимог наказу №1614, в першу чергу, необхідно налагодити виявлення та реєстрацію ВЛІ, критичні етапи надання медичної допомоги, визначити відділення, де є найвищий ризик їх виникнення. Навчання персоналу з відбору матеріалу, виявлення та профілактики ВЛІ, але необхідно починати саме з тих відділень, де найвищий ризик його виникнення.

Будь-які дії медперсоналу будуть ефективними, коли працівники є вмотивовані. Основним мотиваційним чинником повинні бути питання забезпечення власного здоров'я за місцем професійної діяльності.

В розділі II «Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги» наказу №1614 є пункти, які знімають напругу щодо виявлення та реєстрації ВЛІ:

п. 7. Епідеміологічний нагляд за ППНМД не є державним наглядом (контролем) у сфері господарської діяльності у розумінні [Закону України](#) «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».

п. 15. Дані рутинного епіднагляду є основою для прийняття в ЗОЗ всіх рішень щодо ППК. Висока якість даних забезпечується шляхом постійного і ретельного контролю отриманих даних.

п. 16. Результати рутинного епіднагляду не підлягають звітуванню та використовуються ВІК для визначення ефективності впроваджених профілактичних заходів та їх корегування. За даними ВООЗ хворі з ППНМД перебувають в стаціонарі у 2-3 рази довше, ніж такі ж пацієнти без ознак інфекції, у 3-4 рази зростає вартість їх лікування і у 5-7 разів – ризик летального наслідку. Всього в країнах Європи від ППНМД помирають 25 тис. осіб на рік. У цілому, на додаткове лікування, догляд та реабілітацію таких хворих витрачають 13-24 млн Євро щороку. У США від таких інфекцій щороку помирають біля 100 тис. осіб при загальній кількості зареєстрованих випадків ППНМД в 1,7 млн випадків, а матеріальний збиток від госпітальних інфекцій становить 5-10 млрд доларів на рік.

Висновки.

1. ППНМД відтягують на себе кошти, які можна було б спрямувати на інші заходи з поліпшення здоров'я населення.

2. Однією з причин розвитку ВЛІ є формування госпітальних штамів мікроорганізмів з високою вірулентністю і множинною резистентністю до антибіотиків, які мають високу стійкість до факторів навколишнього середовища (ультрафіолетового опромінення, висушування, дії дезінфекційних препаратів).

Наступними причинами є: нераціональне використання антибіотиків і відсутність контролю за циркуляцією штамів із лікарською стійкістю; носійство патогенної мікрофлори серед медичного персоналу (наприклад, за даними ВООЗ, золотистого стафілококу біля 40%); створення великих лікарняних комплексів зі специфічною екологією; госпіталізація пацієнтів із нерозпізнаними інфекційними хворобами чи носіїв стертих форм інфекцій.

3. До контингентів підвищеного ризику захворювання ВЛІ відносять медичний персонал. Професійними захворюваннями медичних працівників, які мають контакт з кров'ю хворих, є вірусні гепатити В, С, Д, ВІЛ інфекція. Найбільший ризик зараження парентеральними гепатитами має медичний персонал відділень гемодіалізу, працівники клінічних лабораторій, хірурги, стоматологи, реаніматологи.

4. Виявлення реальної кількості ВЛІ, інфікованих медичних працівників та пацієнтів також можуть бути мотиваційним стимулом для дотримання вимог ІК в ЗОЗ. Основою для впровадження дієвого ІК має бути достатнє фінансування даного сектору, а також прихильності керівництва ЛПЗ до реалізації вимог інфекційного контролю.

Держави члени ВООЗ у всьому світі, зокрема в Європейському регіоні, в цілях сталого розвитку на період до 2030 року налаштовані на виконання стратегічних пріоритетів, і, в першу чергу, прагнення до універсального охоплення послугами охорони здоров'я, посилення захисту людей від надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя всіх громадян у будь-якому віці.