

Раздел II

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

УДК 616.9

*М.А. Баймуратова, Р.А. Тьесова-Бердалина, Ш.Н. Досжанова,
А.Б. Султанова, А.К. Баймуратова. С.С., Әбляз, Г.А. Жаканова,
А.М. Кенжебекова*

Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Қазақстан, қ-сы Алматы

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАР

ТҮЙІН

Денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың пайда болу және таралуының алдын алу, диагностикалау сұрақтары бойынша отандық және шетелдік әдебиеттерге талдау жүргізу арқылы барлық инфекцияларды дер кезінде, толық анықтау үшін эпидемиологиялық қадағалау жүргізудің қажеттілігі негізделген. Ауруханалық ортадағы науқастар мен медициналық персоналдардың экзогенді жұқтыру қаупіне дәрігерлер арасында қырағы кезқарастың болмауы авторлардың алаңдаушылығын тудырғаны, медициналық қызмет көрсетумен байланысты инфекциялар негізгі принципін бұзылуы, яғни кез келген медициналық ұйым қауіпсіздікті қамтамасыз ету қажеттілігі тұжырымдалған. Медициналық көмек көрсету сапасының маңызды критерийіне емдік-диагностикалық процесс кезіндегі инфекциялық қауіпсіздік жатады. Аурухана ұйымдарында медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың тез таралуына ықпал ететін микроорганизмдер үшін ерекше өну қақпалары мен берілу факторлары, қоздырғыштар таралуының әртүрлі механизмдері пайда болады. Санитарлық-гигиеналық тексеру кезінде де, науқастар мен медицина қызметкерлерін тексеру кезінде де диагностиканың зертханалық әдістері маңызды рөл атқарады. Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияларды қарастырғанда медициналық ауруханалар, амбулаторлық-поликлиникалық және сауықтыру ұйымдары сияқты мекемелер кіретін тексеру жүргізілуі тиіс медициналық ұйымдар тізімі де кеңейе түседі: Соматикалық бөлімдердің ерекшелігін ескере отырып, эпидемияға қарсы режим талаптарын сақтау, сонымен қатар емдеу мен диагностикалауда инвазивті әдістерді қолдану сұрақтарында мониторинг жүргізу қарастырылған. Ресми статистикалық деректерді зерттеу өсу тенденциясы байқалған медициналық ұйым жұмысшыларының кәсіби аурушандылық деңгейін зерделеу және мәншік түріне қарамастан барлық медициналық мекемелерде мониторинг жүргізу қажеттілігін көрсетті.

Түйінді сөздер: ауруханаішілік инфекциялар, эпидемиологиялық қадағалау, эпидемияға қарсы режим.

Денсаулық сақтаудың стратегиялық міндеті медициналық қызмет көрсететін ұйымдарда науқастар мен персоналдар үшін қауіпсіз ортаны қалыптастыру және медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету болып табылады [1]. Қазіргі заманауи халықаралық амалдарға, дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымдары мен көптеген мемлекеттердің бекітілген құжаттарына сәйкес, сонымен қатар отандық мамандардың жан-жақты талқылауының нәтижесінде ауруханаішілік инфекцияларға, медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар (МККБИ) ретінде анықтама беру

дұрыс деп қабылданған. Бұл шетелдік "healthcare-associatedinfections" терминінің баламасы болып табылады. (HAIs) [2-4]. Алғаш рет Ресейде мемлекеттік деңгейде 1999 ж. РАМН В.И. Покровский ұсынған "ауруханаішілік инфекцияның алдын алу концепциясы" атты бағдарламалық құжатта ауруханаішілік инфекциялардың алдын алудың негізгі бағыттары құрастырылған болатын. [5,6]. МККБИ-дың денсаулық сақтау мекемелерінде пайда болу, таралуының алдын алу тұрғысынан олардың толық және уақытылы анықталуы, сонымен қатар барлық инфекцияларға эпидемиоло-

гиялық бақылау жүргізілуі қажет. Осыған байланысты әртүрлі бағыттағы соматикалық бөлімдер кіретін "infections in healthcare setting" аудармасына сәйкес келетін "денсаулық сақтау ұйымдарындағы инфекциялар" атты жалпы категория бөлінді. Эпидемиологиялық қадағалауды енгізу мен ұйымдастыру тұрғысынан да, алдын алу және эпидемияға қарсы іс-шараларды жүргізу тұрғысынан да, зардап шеккен контингенттер үшін маңызды, бұрынғы жіктелу бойынша ескірмеген және патогендік топтар бойынша микроорганизмдердің жіктелуіне енген, сонымен қатар микроорганизмдерді жүйелеу туралы ілімге негізделген МККБИ-дифференциациясының сұрақтары қызығушылық тудырады (шартты патогенді микроорганизмдердің көпшілігі IV топқа енген.) [7,8].

Медициналық ұйымдарда инфекция эпидемиялық процессінің, МККБИ-ның даму механизмдері және алдын алу, індетке қарсы шаралар мен эпидемиологиялық қадағалау жүйесін жетілдіру кеңінен қарастырылады [9,10]. Медициналық көмек көрсету сапасын көрсететін маңызды критерийлердің бірі емдік-диагностикалық процесстің инфекциялық қауіпсіздігі болып табылады [11]. Ауруханаларда МККБИ-дің жедел таралуына ықпал ететін, микроағзалар үшін ерекше кіру қақпасы мен берілу факторлары және инфекция қоздырғыштары таралуының әр түрлі механизмдері пайда болады. Ірінді-септикалық инфекциялардың (ИСИ) аурушандылық деңгейіне әсер ететін қауіп факторына көп жағдайларда объектілердің ластану дәрежесі жатады. Эпидемияға қарсы режим асептикалық әдістермен қатар стерилизация, ауруханалық орта қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін санитарлық-гигиеналық бағалау білімдерін кеңейту принциптерін көздейді. Қауіпсіз ауруханалық орта медицина қызметкерлері үшін ең өзекті және ең күрделі мәселе болып табылады [12]. Ауру науқастың өміріне қауіп төндіргенде және толық клиникалық динамикалық байқау үшін уақыт болмаған ерекше жағдайларда ғана болмаса, өз кезегінде, зертханалық әдістер клиникалық зерттеулерден кейін пайдаланылғандықтан олардың маңызы маңызы зор болып табылады.

Қосымша арнайы зертханалық әдістер (сезімтал және арнайы) дәрігер тұжырымдарындағы күмәндарды растауға немесе жоюға, жүргізілген диагностиканы объектілендіріп, аурудың сипатын анықтауға мүмкіндік береді.

МККБИ науқастанған адамдар инфекция белгілері жоқ ұқсас инфекциямен ауыратындарға қарағанда 2,5 есе көп ауруханада жатады. Олардың шығарылуы орташа алғанда 10 күнге кешіктіріледі. Бұл науқастарда өлім қаупі жасы, жынысы, аурудың ауырлық дәрежесі бірдей, біртектес патологиясы бар басқа науқастармен салыстырғанда 7 есе жоғары. [12-14]. Көрсетілетін медициналық көмек түріне және аурудың нозологиялық формасына байланысты МККБИ/АИИ аурушандылық көрсеткіші науқастардың әртүрлі топтарында ерекшеленеді [15]. Заманауи клиникада ауруханашілік инфекциялар ауру ағымының болжамын нашарлатып, емдеу уақыты мен құнын көбейтеді және антибиотикалық терапияның тиімділігін төмендеті отырып ауруханадағы микроорганизмдердің төзімді штаммдарының таралуына ықпал етеді [16,17]. Тиісінше, соматикалық бөлімшелердегі маман-дәрігерлердің, оның ішінде: невропатологтар, тіс дәрігерлері, гематологтар және т.б. білім деңгейін арттыру үшін біз адам денесінің тек ауру кезеңінде ғана емес, жалпы тұтас ағза ретінде қабылдануын, аурухана ортасының айналасындағы динамикалық қарым-қатынасты қалыптастыру мақсатында, пәнаралық байланыстарды нығайту үшін денсаулық сақтаудың басым бағыттарының бірі – МККБИ түсінігін кеңейтуге негізделген деп санаймыз. Мысалы, науқастарды зертханалық тексерумен бірге жүйке жүйесінің зақымдануын емдеу және кешенді алдын алудың әртүрлі әдістерінің тиімділігін бағалау неврологиядағы (соның ішінде балалар неврологиясының) міндетті компоненттің бірі болып табылады. Бірқатар зерттеушілердің деректері бойынша, қазіргі заманғы диагностикалық технологиялар (эхо, электроэнцефалография, Доплер және т.б.) адамның орталық жүйке жүйесінің (ОЖЖ) жай-күйін бағалауда өз тиімділіктерін дәлелдеген [18-20]. Сонымен қатар көптеген жеке сала мамандары (невропатологтарды қоса алғанда) ауруханалық ортаның (оның ішінде ем-шара кабинеттері) эпидемияға қарсы режим талаптарын күшейтуден және қауіпсіздікке алаңдаушылық мәселелерінен алыс. Осы орайда диагностикада агрессивті инвазиялық әдістер қолдануды азайту МККБИ алдын алудың оңтайлы әдісіне жататынын атап өткен жөн.

МККБИ-инфекция жағдайлары, медициналық көмектің кез келген түрін қамтамасыз етумен байланысты (инфекциялық ауруханалар

мен амбулаториялар, білім беру, санаторийлер, халықты әлеуметтік қорғау мекемелерінде, үйде шұғыл медициналық көмек көрсету және т.б.), сондай-ақ медицина қызметкерлерінің кәсіби қызметінің нәтижесінде жұқтырған жағдайлар [15,16] соматикалық бөлімшелерде эпидемияға қарсы режимді сақтау мәселелерінде дәрігерлердің құзыреттілігін бақылау қажеттілігі көзделген. Н.Р.Хабалова (2013 ж.) өзінің басылымында жұқпалы аурулардың, соның ішінде МККБИ жағдайларының өсуіне алғышарттар болып табылатын диагностикалау мен емдеудің инвазивті әдістерін жылдам енгізу және қолдану, бактерияға қарсы препараттарды дұрыс пайдаланбау, санитарлық-эпидемиологиялық жағдайдың тұрақсыздығы сияқты жағдайларды атап көрсеткен [22]. Сипатталған жағдай профиліне қарамастан көптеген клиникалық мамандықтарға және медициналық ұйымдарға тән болып келеді. Патологиялық процестің орны аурухананың нақты жағдайларына, МККБИ-дың пайда болуы үшін қауіп факторларына байланысты өзгеруі мүмкін, тиісінше, осындай факторларды анықтау, өз кезегінде ауруханаларда науқастардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін дұрыс алдын алу шараларын ұйымдастыруға мүмкіндік береді. Көп салалы медициналық ұйымдарда МККБИ құрылымына қатысты бірқатар зерттеушілердің деректеріне қарағанда, жетекші орынды іріңді-септикалық инфекциялар (ИСИ) алады, бұл жалпы аурушандылық көрсеткішінің 75-80 % құрайды [10,23]. Осылайша, егер МККБИ алдын-алу бағдарламасының жетістігі госпитальдық эпидемиолог дәрігерлердің клиникалық бөлімшелердің дәрігерлері, бактериологиялық зертханалардың мамандары, клиникалық фармакологтарымен бірлескен әрекеттерінің тиімділігіне тәуелді болса, онда қойылған міндеттерді шешудің ұтымды жолдарын іздестіру мен осы мәселені бірлескен егжейтегжейлі зерделеу өзекті болып қалады. МККБИ-дің алдын алу жөніндегі жұмыстарда маңызды кезеңнің біріне эпидемиологиялық процесті ұстап тұратын инфекцияның көзін жою болып табылады, мысалы, биотикалық фактор – адам. Ресми статистикаға сәйкес, соңғы 11 жылда РФ медицина қызметкерлерінің кәсіби аурушандылығы 138,8 %-ға өскен [24], бұл профилі мен меншік нысандарына қарамастан барлық денсаулық сақтау мекемелерінде денсаулық сақтау мамандары арасында ауру-сырқау

уды үнемі анықтау мен бақылау қажеттілігін көрсетеді. Инфекциялық тері зақымдалуы бар медицина қызметкерлері инфекция қоздырушысының көзі ретінде қауіп төндіреді, сондай-ақ инфекция белгілерінсіз әртүрлі биотоптарда микроорганизмдердің (колонизация) көбеюі жүргенде, олардың тасымалдаушысы қалыптасуы мүмкін, [25] бұл жерде бактериотасымалдаушылық туралы сөз болып отыр. Мысалы, медицина қызметкерлерінің қолдары көптеген ауруларды таратудың негізгі факторларының бірі болып табылады. Медициналық қолғаптар әрқашан микроорганизмдердің өтпеуін және науқастардың инфекциядан қорғалуын қамтамасыз ете бермейді [26-28]. Сонымен қатар, жеке қорғану құралдарын (ЖҚҚ) қолдану ережелерін сақтай отырып, санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз етуде медициналық қызметкерлердің жеткіліксіз хабардар болу жағдайлары көптеп кездеседі. Сонымен бірге аурухананың (РФ) неврологиялық бөлімшесінде санитарлық-эпидемиологиялық тұрақтылықты сақтауға әсер ететін факторларға және аурухана ішілік жұқпалы аурулардың туындау қаупін азайтуға бағытталған шараларды қарастырайық:

- Ауру болжамы мен оның өзгерістеріне, ағымдағы санитарлық-эпидемиологиялық жағдайға байланысты ауруханада жүргізілуі тиіс және жүргізіліп жатқан шаралардың сәйкестігі.
- Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық саласындағы Ресей Федерациясының заңнамасына сәйкес, осы бөлімнің қызметкерлері мен бүкіл аурухананың және науқастардың материалдық қамтамасыз етілуі.
- Санитарлық-эпидемиологиялық талаптарға сәйкестікті қамтамасыз ету, адам және оның денсаулығы үшін қауіпсіз ортаны қалыптастыру.
- Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету саласындағы мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаудың болуы [14].

МККБИ-дің аурухана бөлімшелерінде (соматикалық, оның ішінде неврологиялық бөлімшеде) таралуын тоқтатудың (жабық үй-жайларда бір-бірімен тәулік бойы байланысып тұрады), белсенді араласудың (бір мезгілде жаңа науқастар ауруханаға жатқызылып, бір мезетте шығарылып жатады) әсері бар деп болжауға болады, демек "аурухана штаммын" жұқтыру қаупі науқас пен медицина қызмет-

керлері үшін де бірдей. Осыған байланысты МККБИ-ді эпидемиологиялық қадағалау (ЭҚ) медициналық ұйымның профиліне сәйкес жүргізілуі керек. Медициналық ұйымдардағы эпидемиологиялық қадағалауды госпитальді эпидемиолог жүргізеді. Эпидемиологиялық қадағалаудың ақпараттық шағын жүйесі науқастар мен персоналдардағы тасым алдаушылықты тіркеу және есепке алу жүйесінен, сондай-ақ ауруханалық штамдарды (клондарды) уақытылы анықтауға бағытталған науқастар мен сыртқы орта объектілеріне микробиологиялық мониторинг жүргізуден тұруы тиіс, әр дәрігер үшін базалық білім маңызды [15,16].

Әрбір МҰ медициналық қызмет көрсетудің әртүрлі спектрін ұсынатындықтан және қызмет көрсететін контингент ерекшеліктері (балалар, қарттар, онкологиялық, гематологиялық және басқа аурулары бар науқастар), бар болғандықтан инфекциялық бақылау бағдарламасы әрбір нақты ұйымның ерекшеліктеріне сәйкес бейімделуі керек. Кез-келген инфекция кезіндегі эпидемиялық процесс (ЭП) өзара үш фактордың әрекеттесуі арқылы жүзеге асырылады: биологиялық, табиғи және әлеуметтік [17], олардың әрқайсысын анықтау инфекциялық бақылау комиссиясының (ИБК) жұмысын жүйелеуге көмектеседі. Сондықтан ауруханаға түсетін науқастардың, әсіресе, қарсылықтың азаюы, жергілікті иммунитеттің болмауы, иммунитет тапшылығы бар адамдар – бұл клиницисттің барынша назарын аударып, бақылауға тиіс контингенті. Осыған байланысты белсенді жастағы адамдарға қарағанда қарсылық қабілеті төмен егде және қартадамдар ауруханаларға көп түсетінін ескеру қажет. МККБИ-дің қауіп топтарына егде жастағы адамдардан басқа, иммундық жүйесі жетілмеуіне байланысты шала туылған нәрестелерді, әсіресе неврологиялық бөлімшелердің науқастарын жатқызады [18]. Сондықтан МККБИ қоздырғыш көзінің негізгі категориясы науқастар, медициналық персоналдар (кәсіби қызметін атқарушы ретінде), сонымен қатар қоршаған орта (ауруханалық орта ретінде) болып табылады. Патогенді көздерінің негізгі санаттары науқастар болып табылады, сонымен бірге қоршаған орта (аурухана) және медицина қызметкерлері (олардың кәсіби қызметін орындау кезінде). Осыған байланысты айта кету керек, МККБИ дамуының екі түрі бар: зарланудың экзогендік және эндогендік түрлері

[19,20]. Инфекциялық нозологияға қатысты ең қауіптісі экзогендік жол болып табылады, сонымен қатар, эндогендік жол анықталған жағдайларда зертханалық мамандар экологиялық объектілердің штамдары бар клиникалық изолляттарға салыстырмалы талдау жүргізіп қана қоймай, сонымен бірге ықтимал дисбиотикалық бұзылулармен алынған нәтижелерді саралау керек. Бұл дәрігер үшін де маңызды мәселе болып табылады. Мысалы, ауруханалық штаммының пайда болуы туралы сұраққа, бағалау критерийлерін, яғни сипаттамалық белгілерге сәйкестіктеме жасау керек:

- жоғары бейімділік қасиеттері (ауруханада болуы үшін);
- экологиялық төзімділік;
- метаболизм ерекше икемділігі (өсу және көбею қажеттіліктеріне қарапайымдылығы);
- ағзаның спецификалық емес кедергілерге төзімділік қабілеті;
- тіндік тропизм;
- төмен вируленттілік;
- полирезистенттілік (антимикробтық агенттерге және дезинфекциялаушы агенттер, ультракүлгін жарық, және т.б. қоса алғанда, экологиялық факторлар, әсеріне төзімділігі.);
- организмде колонизациялау және соның салдары ретінде, ауруханада таралуы үшін басқа микроорганизмдерге қарағанда жоғары бәсекеге қабілеттілігі.

Аурухана штамдары (АШ) ең алдымен, сыртқы ортада ең тұрақты микроорганизмдердің арасында пайда болады [21]. Медициналық көмек көрсететін дәрігердің дайындық деңгейіне тікелей байланысты болатын, диагностиканың инвазивті әдістерін қолдану кезеңінде қоздырғыштың атипиялық орындарға (пиревраль, қуық қуысы, бірлескен қуысы және т.б.) түсуіне себеп болатын аурухана ортасы, яғни аурухана жағдайы аса қызығушылық тудырып отыр. Инфекциялық асқынулар этиотропты емінің тиімділігін арттыру және алдын алудың негізі ретінде микробтық ландшафт өзгерісінің мониторингін заманауи жағдайда негізгі рөлді атқаруы тиіс [7,9,23-29], себебі бұл мәселе бойынша бірегей пікірлер әлі де жоқ. Көп жағдайда микроэкологиялық орта ерекшеліктерімен анықталған ауруханалық инфекция (АИ) сипаттамалары туралы зерттеушілер нәтижелерін келтіру жеткілікті [24-28]. Хирургиялық араласулардың ауқымын кеңейту, олардың ұзақтығын арттыру, микроорганизмдердің

қасиеттерін өзгертуі, антибиотиктерге және антисептиктерге төзімді штамдардың пайда болуы эпидемиологиялық салауаттылықты бағалаудың бастамасы болып табылатын, соматикалық бөлімдерді қоса алғанда хирургияда санитарлық-гигиеналық режимді [30] сақтауға жаңа, қатаң талаптар қоюды талап етеді.

Сонымен қатар, АИИ/МККБИ диагнозы ненің негізінде қойылғанын нақтылау барлық бөлімшелерде оның ішінде соматикалық, неврологиялық, эндокринологиялық, пульмонологиялық бөлімдер тағы бір маңызды мәселе, зерттеулерді егжей-тегжейлі зерделеуді талап етеді, өйткені медициналық көмек көрсету тек емделушіге ғана емес, медициналық қызметкер үшін де қауіпсіздік қамтамасыз етуі тиіс. Өртүрлі функционалды бөлмелерде және кеңселерде (соматикалық қызметтерді қоса алғанда) жұмыс режимі кез-келген сәтте – қызметкерлердің жеке қорғану және қауіпсіздік ережелерін, қолғаптарды міндетті түрде дезинфекциялауды, қоқыс материалдарын, бір рет қолданылатын құралдарды және төсек-орындарды, олардың қолданыстағы және жалпы тазалауды талап етеді [31]. Кәсіптік инфекцияны болдырмаудың негізгі қағидаларының бірі санитарлық-эпидемиялық режимнің кез келген ММ-ні емдеу кезінде сақталуын қамтамасыз ету болып табылады. АИИ-дің алдын алу бағыттарының әрқайсысы инфекциялық агентті аурухана ішінде нақты жолмен тасымалдаудың алдын алу үшін бірқатар санитарлық-гигиеналық және эпидемияға қарсы шараларды қарастырады. Бұл бөлмені, жабдықтарды, инвентаризацияны, науқастар мен медициналық персоналдың жеке гигиенасын сақтауға, дезинфекцияны, стерилизацияны және эпидемияға қарсы медициналық құралдарды зарарсыздандыруға қойылатын талаптарды ұйымдастыру бойынша жалпы ережелерді қамтиды. АИИ пайда болуының негізгі қауіпті факторлары мыналар болып табылады: қызметкерлер арасында тұрғындардың штамдарының тасымалдаушылар санының артуы, аурухана штамдарын қалыптастыру, ауаның ластануын артуы, қоршаған ортаның объектілері мен қызметкерлердің қолы, диагностикалық және терапевтік манипуляциялар, науқастарды орналастыру мен күту ережелерін сақтамау және т.б. АИИ тағы бір үлкен тобы – ішек инфекциялары [5,33].

WBI/IMSM санының өсу себептері туралы, Н.Шибачева және оның авторлары хабар-

лайды (РФ, 2014):

- Өзіндік экологиясы бар ірі аурухана кешендерін құру;
- науқастардың жоғары тығыздығы, олардың тұрақты және жақын кеңістікте тығыз қарым-қатынасы;
- жаңа ұжымдарды үнемі қалыптастыру -басқа бөлімге ауыстыру, ауруханаға жатқызу, шығару;
- медициналық қызметкерлердің көп саны; шартты патогенді микроорганизмдердің бірқатар штамдарының айналымы;
- Инвазивті медициналық-диагностикалық манипуляциялар кезінде, медициналық техниканы пайдалану кезінде инфекциялық агенттерді берудің жасанды механизмін қалыптастыру;
- Науқастарды, денсаулық сақтау мекемелеріндегі медицина қызметкерлерін тығыз байланыстыру жолымен патогенді заттарды берудің табиғи механизмдерін белсендіру;
- Науқастар мен медицина персоналының арасында инфекция көздерінің айтарлықтай саны;
- Кең таралған, жиі бақыланбайтын, ауруларды емдеу және алдын-алу үшін антибиотиктерді қолдану микроорганизмдердің дәрілік тұрақтылығын қалыптастыруға ықпал етеді;
- Көп төзімді микроорганизмдердің ауруханаішілік штамдарын қалыптастыру;
- Қоршаған ортаның қолайсыз экологиялық факторларының, халықтың тұрмыс жағдайындағы өзгерістердің салдарынан организмнің қорғаныш күштерінің азаюы бар науқастардың үлесін арттыру;
- Егде жастағы науқастар арасында таралу;
- Диагностикалау мен емдеудің кешенді әдістерін қолдану, оларда дезинфекция мен зарарсыздандырудың арнайы әдістерін талап ететін және көбінесе шырышты қабаттар мен теріге жарақат әкеледі, инфекция қоздырғыштарының енуіне ықпал етеді;
- Амбулаториялық клиникалар, жеке меншік клиникалар арқылы халыққа көрсетілетін медициналық қызметтердің көлемі мен түрлерін ұлғайту;
- Жалпы халық арасында жұқпалы аурулардың, соның ішінде элеуметтік маңызы бар инфекциялардың (гепатит, АИТВ-инфекциясы, туберкулез және басқалар) өсуі денсаулық сақтау мекемесінде сырқаттану мен ауруха-

наға жатқызу қаупін арттырады;

- АИИ-дің маңыздылығын дәрігерлердің бағаламауы. АИИ бөлімі (пневмония, пиелонефрит, цистит, терінің қабыну аурулары, тері астындағы тіндер және т.б.) инфекциялық емес патология ретінде қарастырылады және науқастың қоршаған ортасындағы қажетті шаралар орындалмайды, бұл АИИ-нің одан әрі таралуына әкеледі;

- Денсаулық сақтау мекемесіндегі санитарлық және эпидемияға қарсы режимді бұзу АИИ ауруының және аурудың пайда болуының өсуіне ықпал етеді. [34]. Бактериялық табиғаттың жетекші патогенділері туралы толық ақпарат, жақсы зерттелген микроорганизм (терінің, ішектің және басқа шырышты қабаттардың норма норма өкілі) бола отырып, кез келген локализацияның жұқпалы және қабыну үрдістерін бастағандықтан, көңіл аударуды жалғастыра беретін алтын стафилококқа тоқтала кеткіміз келеді. Евстропов А.Н. авторларымен бірге 2002 ж. эксперименталды стафилококк инфекциясының динамикасындағы жекелеген паренхималық органдарда құрылымдық өзгерістерді зерттей отырып, эволюциялық адаптивті әлеуетке ие микроағзалар ретінде стафилококк сияқты позицияларды анықтайтын микробты жоюдың әртүрлі қарқындылығын анықтады [2,22].

Сонымен, МККБИ-ды сипаттай келе, бұл жұқпалы аурулар санаты "классикалық" инфекцияларынан айырмашылығы бар эпидемиологиялық ерекшеліктеріне ие бола алады, бұл олардың тартымдылығы. Олар эпидемиологиялық және жұқпалы процестердің ерекшеліктерін, сондай-ақ зертханалық мамандар, клиникалық эпидемиологтармен клиникалық дәрігерлермен тығыз әрекеттесуді талап ететін МККБИ-дың пайда болуына, күтіміне және таратылуына тән механизмдер мен факторлардың ерекшеліктерімен көрінеді. Эпидемияға қарсы режим мен дезинфекция ережелерін сақтау, бірінші кезекте, АИИ/МККБИ ауруларының алдын алу және медицина қызметкерлерінің денсаулығын сақтау болып табылады. Т.В.Комиссарованың қорытындысын келтірген дұрыс (2014 ж.) Жұқпалы қауіпсіздікті қамтамасыз ету - бұл әрбір медицина қызметкерінің қызметі. Мәселен, медициналық ұйымның кез-келген қызметкері МККБИ-дың алдын-алу шараларын орындамай, жұқтыру қаупіне ұшырауы мүмкін, әр қызметкердің жеке үлесіне,

сауаттылық қабайланысты [3]. Клиникалық мамандықтардың өздерінің аурулары бар екені белгілі; олардың этиологиясы мен патогенезін, симптом-кешенін және ағымын зерттеу, емдеу және алдын-алу мүмкін, осыған байланысты негізгі білімді қажет ететін, профилактикалық медицина мәселесін жоғары дәрежелі маманның ой өрісін түпкілікті қалыптастыру үшін дәлелдемелі негізмен [35] зерттеу туралы ақпарат қосуға болады. Медицина қызметкерлері арасында әртүрлі жұқпалы аурулардың таралуын ескерсек, медициналық қызметкерлерді инфекцияға қарсы алдын алу және эпидемияға қарсы жаңа шараларды әзірлеу қажет [36,37]. Аурухана эпидемиологы ауруханада айналысатын микроорганизмдердің сезімталдығын ескере отырып, дезинфекциялаушы және зарарсыздандыратын агенттерге қойылатын талаптарды тұжырымдау керек, қажет болған жағдайда дезинфекциялау және зарарсыздандыру жабдығының түрін анықтайды [38] және МҰ қызметкерлеріне мүмкіндігінше қол жетімді болуға тиіс. Жоғарыда айтылғандардың бәрін қорытындылай отырып, диагностиканың сапасын жоғарылату проблемалары, сондай-ақ емдік көмек көрсетуді жақсарту және МККБИ алдын алу үшін ұйымдастырушылық шаралардың тиімділігін бағалау практикалық қоғамдық денсаулық сақтау мекемелерінің кез-келген профилі үшін маңызды екендігін атап өткіміз келеді [39-41]. Стационарлық және амбулаториялық-смханалық көмек мамандануы, медицина кадрларын даярлау деңгейіне әсер етіп, жеке саладағы мамандықты жақсартуға әкеліп соқтырады, сонымен бірге медицина қызметінің басқа профильдерін білу түрінде жалпы медициналық сауаттылықтың жоғалуына әкеледі. Алайда, бұл құбылыстар объективті және заңды болып табылады. Дегенмен, тар мамандандырудың қалыптасуы аясында тіпті жалпы медициналық білімдер мен дағдылар деңгейін ұстап тұру мінсіз болып қалады [42]. Қазіргі проблемаларды шешуге және МККБИ-дың пайда болуына диагностикалау және алдын-алу мәселелерін іздеу қазіргі заманғы қадағалаудың тиімсіз компоненттерін алып тастағанда, өзара әрекеттестікті күшейту және алынған нәтижелерді денсаулық сақтауға енгізу мақсатында пәнаралық байланыстарды нығайту болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 *Марченко А.Н.* Научно-организационное обоснование профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, путем совершенствования дезинфекционных мероприятий: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Иркутск, 2013. – 38 с.
- 2 *Афанасьевская Е.В.* Сравнительная характеристика видового состава и биологических свойств микроорганизмов, изолированных от больных различных отделений хирургического стационара: автореф. дис. канд. мед. наук. – Пермь, 2005. – 52 с.
- 3 *Комиссарова Т.В.* Основные принципы инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса в медицинской организации // Бюл. СО РАМН. – 2014. – Т. 34, № 6. – С. 97-101.
- 4 *Хратунова И.А.* Влияние внутрибольничной микрофлоры на здоровье медицинских работников, infomedfarmdialog.ru.
- 5 *Акимкин В.Г.* Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 5. – С. 15-19.
- 6 ВОЗ. Безопасность пациентов (докл. Секретариата), 59-я сессия 59/22 4 мая 2006 г.
- 7 *Зуева Л.П.* Опыт внедрения системы инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях. – СПб.: СПбГМА. – 2006. – С. 235-236.
- 8 *Дмитриенко О.А., Шагинян И.А., Прохоров В.Я.* и др. Молекулярно-генетическое типирование метициллин-резистентных штаммов // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунобиол. – 2005. – № 4. – С. 46-52.
- 9 *Гудкова Е.И., Чистенко Г.Н., Сивец Н.Ф.* и др. Внутрибольничные инфекции в Республике Беларусь: перспективы профилактики и борьбы // Сепсис: вопросы клинической патофизиологии, эпидемиологии и интенсивной терапии: матер. межрегион. науч.-практ. конф. – Кемерово, 2006. – С. 38-45.
- 10 *Шикина И.Б., Кошель В.И., Восканян Ю.Э.* и др. Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре: метод. рекомендации. – Ставрополь, 2006. – 27 с.
- 11 *Кулаков В.И., Барашичев Ю.И.* Main principles of infectious safety of medical-diagnostic Новорожденные высокого риска (новые диагностические и лечебные технологии). – М., 2006. – С. 44-151.
- 12 *Назаренко Г.И., Кишкун А.А.* Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М., 2006. – 345 с.
- 13 *Озерова О.Е., Кудашов Н.И., Орловская И.В.* и др. Роль эхоэнцефалографии в оценке структурных изменений головного мозга у новорожденных с внутриутробной герпес-цитомегаловирусной инфекцией // Ультразвуковая диагностика в акуш., гинекологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 201-211.
- 14 *Внутрибольничные инфекции* /под ред. Р. Венцела: пер. с англ. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 840 с.
- 15 *Зуева Л.П.* Опыт внедрения инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях. – СПб.: ГОУ ВПО СПбГМА, 2003. – 264 с.
- 16 *Шкарин В.В., Ковалишена О.В.* Эпидемиология и профилактика госпитальных инфекций: состояние проблемы, достижения и перспективы // Нижегородский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 25-35.
- 17 *Марченко А.Н.* Научно-организационное обоснование профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, путем совершенствования дезинфекционных мероприятий): автореф. дис. док. мед. наук. – Иркутск, 2013. – 46 с.
- 18 *Ячменев Н.И., Труханова Л.П., Зализняк Н.А., Яшков Е.П.* Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию трупов // Матер. I Рос.науч.-практ.конф. по вопросам ВИЧ-инфекции, СПИД и парентер. гепатитов. – Суздаль, 2001. – С. 81-83.
- 19 *Авхименко М.М.* Меры снижения риска возникновения инфекционных заболеваний у персонала лечебно-профилактических учреждений // Медицинская сестра. – 2013. – № 5. – С. 21-24.
- 20 *Измайлов Д.В.* Вирусные гепатиты как профессиональные заболевания: тез. докл. IV Рос. науч.-практ. конф. // Гепатит В, С и D-проблемы диагностики, лечения и профилактики". – М., 2001. – С. 147-149.

21 *Готов Ю.П., Малков А.Е.* О профилактике профессионального инфицирования медицинских работников гемоконтактными инфекциями // Казанский медицинский журнал. – 2013. – № 2, т. 93. – С. 348-351; Решение проблемы внутрибольничной инфекции // Сестринское дело. – 2013. – № 7. – С. 23-23.

22 *Евстропов А.Н., Пименова Ю.А., Захарова Л.Н., Агеева Т.А.* Морфофункциональная характеристика лимфоидных органов при стафилококковой инфекции // Инфекция и иммунитет. – 2012. – Т. 2, № 1-2. – С. 261.

23 *Широкова И. Ю.* Эпидемиологические и микробиологические особенности инфекций, обусловленных коагулазоотрицательными стафилококками: автореф. дис. канд. мед. наук. – Нижний: Нижегород. гос. мед. акад., 2014. – 177 с.

24 *Дехнич А.В., Данилов И.А.* Даптомицин: обзор фармакологических, клинических и микробиологических параметров // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2010. – Т. 12. – № 4. – 96 с.

25 *Степаненко И.С., Грабова Т.В., Котыкин А.И.* Изучение микробиота зева студентов Медицинского института и определение антибиотикочувствительности выделенных штаммов гемолитических стафилококков // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-3. – С. 601-605.

26 Всемирный альянс по безопасности пациентов. Глобальная задача по обеспечению безопасности пациентов 2005-2006. Чистая помощь – безопасная помощь. Всемирная организация здравоохранения, 2006. 36. www.who.int/patientsafety

27 *Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В.* Фактор выгорания сестринского персонала в условиях рисков // Бюл. мед. Интернет-конференций. – 2016. – Vol. 5, Iss. 4. – P. 293-295.

28 Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТПУ. 2009. – № 11 URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-meditsinskih-rabotnikov-kak-obekt-psihologicheskogo-issledovaniva> (дата обращения: 21.01.2013).

29 *Любимова А.В.* Эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в отделениях реанимации новорожденных: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Санкт-Петербург, 2011. – 23 с.

30 *Гостищев В.К., Буянов С.Н., Гальперин Э.И.* Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии // Методические рекомендации. Glaxo Wellcome, 2000. – 18 с.

31 *Онищенко Г.Г.* Заболеваемость внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации // Гигиена и санитария. – 2008. – № 3. – С. 4-6.

32 О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации: приказ № 220 от 17 сен. 1993 г. Мин-во здравоохранения РФ. – М., 1993. – 48 с

33 *Сергеев В.И.* и др. Пути совершенствования микробиологического мониторинга в системе эпидемиологического надзора за внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями // Казан. мед. журн. – 2007. – № 5. – С. 725-728.

34 *Шибачева Н.Н., Орлова С.Н., Котышева Е.Н., Машин С.А., Калистратова Е.П.* Организация работы медицинских учреждений по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: учеб. пособие для врачей. – Иваново: Минздрава России, 2014. – 113 с.

35 *Свирский А.В., Хромова А.В.* - УМКД. – МЗ.РФ. – государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Северный государственный медицинский университет". – Архангельск, 2013.

36 *Дроздова О.М., Бальбина О.А., Рычагов И.П.* Распространенность острой инфекционной патологии у медицинского персонала в стационаре // Фундаментальные исследования РАЕ. – 2007. – № 4.

37 *Маркович Н.И.* Роль врача-эпидемиолога в современной больнице // Медицинский альманах. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Пермский край. – №2/32, 2014. – С. 21-24.

38 *Сергеев В.И., Зуева Н.Г., Азанов П.Б.* и др. Устойчивость к дезинфектантам и антисептикам клебсиелла пневмония, выделенной, выделенной в акушерском стационаре при неединичной заболеваемости ГСЗ // Дезинфекционное дело. – 2011. – № 3. – С. 41-45.

39 *Васильев В.С.* и др. Структура летальности в Гродненской областной инфекционной клинической больнице // *Здравоохранение Белоруссии.* – 2002. – № 7. – С. 29-30.

40 *Васильев А.В.* и др. Анализ, структура и причины отказов больных при госпитализации в инфекционный стационар // *Медицинские новости.* – 2007. – № 13. – С. 39-49.

41 *Цыркунов В.М.* и др. Качество диагностики в процессе госпитализации больных в инфекционный стационар: отказы, причины, контингент // *Инфекционные болезни.* – 2007. – № 4. – С. 51-58.

42 *Васильев В.С., Богуцкий М.И., Васильев А.В., Цыркунов В.М.* Непрофильная летальность в инфекционном стационаре как показатель качества диагностики инфекционных и неинфекционных болезней // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета.* – 2011. – № 3.

АННОТАЦИЯ

На основе анализа отечественной и зарубежной литературы обобщены данные по вопросам диагностики, профилактики возникновения и распространения инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, с акцентами на необходимости своевременного и полного их выявления для осуществления эпидемиологического надзора за всеми инфекциями. Сформулирована обеспокоенность авторов об отсутствии среди клинических врачей бдительности в вопросах существующей потенциальной угрозы экзогенной контаминации пациентов и медицинского персонала, находящихся в госпитальной среде, с последующим разрушением основного принципа инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи – обеспечение безопасности в любой медицинской организации. Одним из важнейших критериев качества оказания медицинской помощи является инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса. В больничных учреждениях создаются разнообразные механизмы распространения возбудителей инфекций, необычные для микроорганизмов, входные ворота и факторы передачи, способствующие быстрому распространению инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи. Подчеркивается роль лабораторных методов диагностики, которые приобретают большое значение при санитарно-гигиеническом обследовании, а также при обследовании пациентов и медицинских работников. При расшифровке инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, расширяется перечень медицинских организаций, подлежащих обследованию, включая медицинские стационары, амбулаторно-поликлинические, санаторно-оздоровительные учреждения и др. Необходимость мониторинга компетентности врачей в вопросах применения инвазивных методов диагностики и лечения, а также соблюдения противоэпидемического режима в соматических отделениях – важная составляющая успеха профилактики. Изучение официальной статистики диктуют необходимость изучения уровня профессиональной заболеваемости работников медицинских учреждений, где имеется тенденция к росту, что убеждает нас в необходимости проведения регулярного выявления и мониторинга эпизодов в всех медучреждениях, вне зависимости от профиля и форм собственности.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, эпидемиологический надзор, противоэпидемический режим.

SUMMARY

Based on the analysis of domestic and foreign literature, summarizes the data on diagnosis, prevention of occurrence and spread of infection associated with the provision of medical care in health care institutions with emphasis on the need for timely and full identification for the implementation of epidemiological surveillance of all infections. Formulated the concern of the authors about the absence, among clinical doctors, vigilance in matters of the existing potential threat of exogenous contamination of patients and medical staff in the hospital environment, with subsequent destruction of the basic principle of infection associated with health care - security in any medical organization. One of the most important criteria for the quality of medical care is a infectious safety of medical-diagnostic process. In hospitals created a variety of dissemination mechanisms of infectious agents, unusual organisms the entrance gate and transfer factors contributing to the rapid spread of infection associated with the provision of medical care. Emphasizes the role of laboratory diagnostic methods, which are undoubtedly important sanitary survey, equally with the patients and health care workers. When decrypting an infection associated with health care-expands the list of medical institutions to be surveyed including medical hospitals, equally, outpatient clinics, health resort institutions, etc. The need for monitoring of the competence of doctors in the application of invasive methods of diagnosis and treatment and compliance with anti-epidemic regime in medical offices – an important component of the success of prevention. The study of official statistics dictate the need to study the level of occupational morbidity of employees of medical institutions, where there is a tendency to growth, which convinces us of the necessity to regularly identify and monitor episodes in all health facilities, regardless of the profile and form of ownership.

Key words: nosocomial infections, epidemiological surveillance, antiepidemic regimen.