

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Грицук Б.Д., Шайтор М.А., Сучкевич К.Д.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. С.П.Сивакова
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются серьёзной медико-социальной и экономической проблемой, что подтверждается как результатами опроса медицинских работников, так и данными научных публикаций. Профилактика внутрибольничных инфекций представляет собой комплексную систему мер, включающую неспецифические и специфические направления. Неспецифическая профилактика направлена на разрыв путей передачи инфекции и включает архитектурно-планировочные, санитарно-технические и дезинфекционно-стерилизационные мероприятия [1].

По данным проведённого исследования установлено, что медицинские работники демонстрируют высокий уровень осведомлённости и ответственности в вопросах индивидуальной профилактики ВБИ, что подтверждается строгим соблюдением правил асептики, антисептики и зонального режима. Вместе с тем, существуют системные проблемы, затрудняющие эффективный контроль за ВБИ: недостаточное оснащение медицинских учреждений, неполнота регистрации случаев инфекций, нехватка современных микробиологических методов диагностики и квалифицированных кадров.

Ежегодно миллионы людей заражаются внутрибольничными инфекциями, что приводит к увеличению продолжительности госпитализации, росту затрат на лечение, повышению уровня инвалидизации и смертности, а также значительному экономическому ущербу для системы здравоохранения. Особую тревогу вызывает нарастающая антибиотикорезистентность возбудителей внутрибольничных инфекций, что делает традиционные методы лечения всё менее эффективными и усложняет контроль над эпидемиологической ситуацией.

Цель. Изучение распространения внутрибольничных инфекций и оценка эффективности существующих гигиенических стратегий для повышения уровня профилактики внутрибольничных инфекций в учреждениях здравоохранения.

Материалы и методы. Работа основана на проведении социологического опроса работников здравоохранения на платформе Google Forms. В опросе приняло участие 100 респондентов в возрасте от 23 до 49 лет, из которых 87,4% – женщины и 12,6% – мужчины. Для обработки результатов использовались непараметрические методы статистики, а также программное обеспечение Statistica 10,0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. Как показало проведённое исследование, при проверке стерильности всего набора инструментов, перед началом операции, всегда необходимо подтверждать целостность упаковки. Так считают 90,9%, а 9,1% считают, что этим должна заниматься медсестра, что гарантирует отсутствие риска распространения ВБИ (рисунок 1).

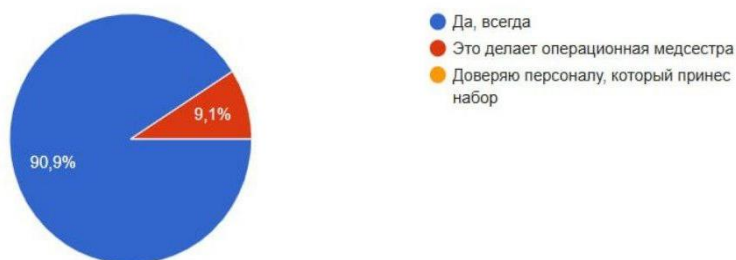


Рисунок 1. – Проверка стерильности набора инструментов перед началом операции

По результатам опроса выявлено, что при случайном повреждении перчатки 100% опрошенных проголосовало за вариант, при котором необходимо немедленно снять перчатки, обработать руки и надеть новую пару. Данные действия могут предотвратить внутрибольничные инфекции, передаваемые через биологические жидкости (ВИЧ, гепатит, сифилис). Обработку стетоскопа после однократного использования проводят 100% респондентов.

Обработку кожи пациента, в месте установки дренажей и катетеров, проводят 100% опрошенных.

Также на вопрос об оснащении операционного блока оборудованием и дезинфицирующими средствами 81,8% респондентов считают, что его достаточно для проведения санитарной обработки, 18,2% – не согласны с этим утверждением (рисунок 2).

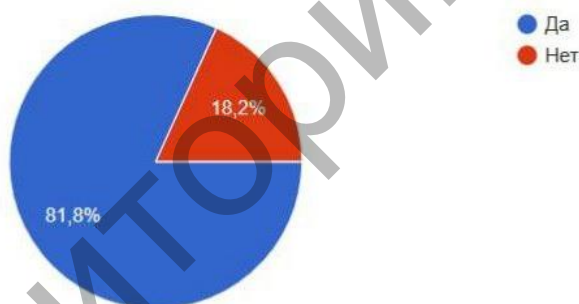


Рисунок 2. – Оснащение операционного блока оборудованием и дезинфицирующими средствами

90,9% респондентов считают, что профилактика ВБИ – это личная ответственность каждого медицинского работника, а 9,1% считают, что главное соблюдать общие правила, а личная ответственность второстепенна (рисунок 3).

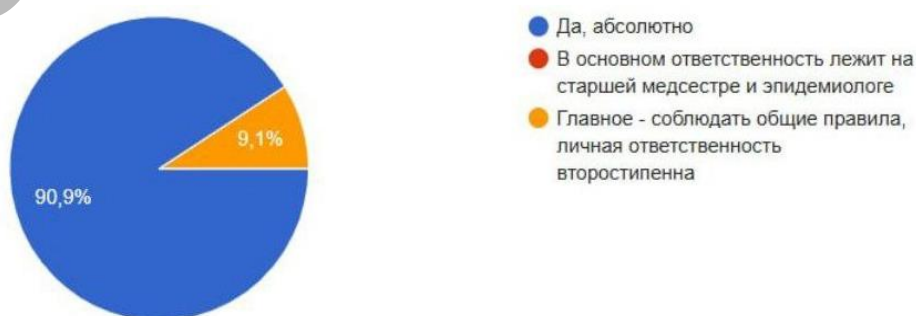


Рисунок 3. – Ответственность каждого члена команды в профилактике ВБИ

100% участников опроса строго соблюдают «правила зон» на инструментальном столе (стерильная, чистая, зона упаковки).

Выводы. Таким образом, эффективность профилактики ВБИ зависит не только от личной ответственности медицинского персонала, но и от внедрения комплексных программ инфекционного контроля на национальном уровне, включая материально-техническое обеспечение, микробиологический мониторинг и обучение персонала. Также перспективным направлением является усиление роли клинической микробиологии, внедрение автоматизированных систем анализа и создание референс-лабораторий для повышения качества диагностики и эпидемиологического надзора.

Литература

1. Проблема внутрибольничных инфекций в Республике Беларусь: основные направления и перспективы борьбы и профилактики / Е. И. Гудкова, А. А. Адарченко, Г. Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. – 2005. – № 2(12). – С. 4-7.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ КОРОТКИХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Гурина Р.В.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Демидик С.Н.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Гродненской области отмечается положительная динамика в эпидемиологии туберкулеза, однако проблема рифампицин-устойчивого туберкулеза (РУ-ТБ) продолжает сохранять свою актуальность. Внедрение новых коротких режимов (УР) лечения пациентов с РУ-ТБ позволила уменьшить количество нежелательных явлений, связанных с применением инъекционных противотуберкулезных препаратов, снизить экономические затраты на стационарный этап лечения и длительность временной нетрудоспособности пациентов.

Цель. Оценить эффективность новых коротких режимов лечения и их отдаленных результатов у пациентов с РУ-ТБ в Гродненской области.

Материалы и методы. Объект исследования – 82 пациента с РУ-ТБ, которые начали лечение в период с 2020 по 2023 год и получали новый УР химиотерапии. Все пациенты – жители Гродненской области. Средний возраст обследованных составил $51,7 \pm 12,7$ лет (минимум 22 и максимум 84). Пациенты с впервые выявленным РУ-ТБ составили 58 (70,7%) случая. При поступлении в стационар всем пациентам проведено обследование в соответствии с клиническими протоколами [1]. Установлено, что в структуре клинических форм туберкулеза преобладал инфильтративный туберкулез – 59 (72,0%) пациентов. У 51 (62,2%) пациента распространенность туберкулезного процесса в легких была более 2-х сегментов легких. Наличие деструкции в легком подтверждено у 22 (26,8%) пациентов. Всем пациентам после получения результатов быстрых молекулярно-генетических методов при выявлении МБТ с устойчивостью к