

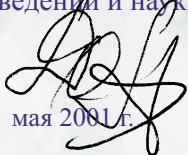
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста

2 мая 2001 г.



УТВЕРЖДАЮ

Главный государственный
врач Республики Беларусь
В.П. Филонов

2 мая 2001 г.

Регистрационный № 27-0101



ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА И ТУБЕРКУЛЕЗА) У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Минск 2001

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждение-разработчик: НИИ санитарии и гигиены

Авторы: д-р мед. наук, проф. С.В. Федорович, Т.В. Богдан, Е.В. Безрученко,
Н.С. Себут, С.В. Жаворонок, А.Л. Калинин

Рецензенты: чл.-корр. НАН, проф. Л.П. Титов, доц. А.Ю. Почтавец

Настоящие методические рекомендации предназначены для врачей широкого профиля, в том числе терапевтов, инфекционистов, фтизиатров, педиатров, лаборантов, иммунологов и врачей других специальностей, а также для студентов медицинских институтов и слушателей медицинской академии последипломного образования.

В них проанализированы и приведены результаты изучения внутрибольничных инфекций (парентеральных вирусных гепатитов и туберкулеза) у медицинских работников и меры профилактики, которые могут быть рекомендованы для внедрения в практику здравоохранения.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. ПРОФИЛАКТИКА ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	6
2.1. Эпидемиологические и клинические особенности парентеральных вирусных гепатитов у медицинских работников	6
2.2. Общие меры профилактики	13
2.3. Специфические меры профилактики	17
3. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У МЕДРАБОТНИКОВ	22
3.1. Эпидемиологические и клинические особенности туберкулеза у медицинских работников	22
3.2. Общие мероприятия по профилактике туберкулеза	24
4. МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	28

ВВЕДЕНИЕ

Резкий подъем заболеваемости гепатитами В и С, туберкулезом у медицинских работников в Республике Беларусь остро ставит проблему профилактики заносов и внутрибольничного распространения этих инфекций. Служба здравоохранения и экономика Республики Беларусь несут от внутрибольничных инфекций (ВБИ) крупные потери. Это диктует необходимость срочного усиления и совершенствования мероприятий по борьбе с ВБИ и по их профилактике. Опыт ряда стран и отдельных исследований, в том числе и наших, указывает на реальность существенного снижения ВБИ в пределах страны.

Любой медицинский работник (врач, средний и младший медицинский персонал, прачки и т. д.) может быть инфицирован или стать вирусоносителем гепатита В или С, поэтому каждый медработник должен четко представлять меру опасности для себя и ответственности перед своими близкими и перед больными, которых он может заразить в случае своего инфицирования гепатитом В. К числу потенциально опасных биологических жидкостей относятся кровь и ее компоненты, препараты крови, семенная, спинно-мозговая, синовиальная, плевральная, перикардальная, перитонеальная, амниотическая и другие биологические жидкости, контаминированные кровью. К числу манипуляций, характеризующихся наиболее высоким риском заражения вирусным гепатитом В, относятся забор крови, выполнение инъекций, перевязки больных, помощь при родах, стоматологические процедуры, работа в службе скорой медицинской помощи, работа в прозекторских и моргах, выполнение инвазивных диагностических или лечебных процедур, проведение лабораторных исследований, работа в тесном контакте с детьми или взрослыми с задержкой умственного развития и др.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

На протяжении последних лет были внесены существенные коррективы в организацию работы по профилактике ВБИ. Решение организационных вопросов облегчило выделение должностей больничных эпидемиологов, а также лабораторий госпитальных инфекций, работа которых, особенно при введении программы компьютерного мониторинга, способствует повышению эффективности мер борьбы и профилактики ВБИ.

Рекомендации, полученные в результате изучения проблемы ВБИ, в обобщенном виде представлены в данных методических рекомендациях, инструкциях, Приказах Минздрава Республики Беларусь (Приказ МЗ РБ № 66 от 1993 г., инструкция от 23 марта 1999 г. регистрационный № 40–99.03 и др.).

По данным ВОЗ, первоочередными задачами здравоохранения в области контроля являются:

- создание общенациональной программы контроля ВБИ;
- организация системы мониторинга ВБИ;
- создание лаборатории, способной оперативно на генетическом уровне осуществлять контроль над изменением популяций возбудителей, включая чувствительность к антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам.

2. ПРОФИЛАКТИКА ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1. Эпидемиологические и клинические особенности парентеральных вирусных гепатитов у медицинских работников

Нами проведены санитарно-эпидемиологические исследования с целью изучения факторов, способствующих инфицированию персонала лечебных учреждений: скрининг-анкетирование 485 медицинских работников лечебно-профилактических учреждений г. Минска различного профиля, а также анализ 111 историй болезней медицинских работников, находившихся на стационарном лечении в инфекционной больнице г. Минска за период 1993–2000 гг.

Установлено, что в общей структуре заболеваемости гепатитами среди медицинских работников частота вирусного гепатита В составила 63,6% (48,65% — острые формы). Частота хронического вирусного гепатита С — 30,63%, среди заболевших преобладали женщины (83,8%). Среди медицинских работников, заболевших парентеральными вирусными гепатитами, лица в возрасте от 20 до 40 лет составили 61,4%, старше 40 лет — 26,4% и моложе 20 — 12,2%. Распределение по профессии было следующим: средний медперсонал — 71 человек (63,9%), врачи — 32 (28,8%), младший медперсонал — 8 (7,2%).

Возникновение парентеральных вирусных гепатитов можно рассматривать как профессиональное заражение у медицинских работников (врачей) в 98% случаев, так как у них установлен контакт с больными вирусным гепатитом на работе. Во всех случаях диагноз вирусного гепатита подтвержден обнаружением в крови соответствующих маркеров. Лишь незначительная часть пациентов получали гемотрансфузии крови, инъекции медикаментов, подвергались оперативным вмешательствам. У средних медработников произошло профессиональное инфицирование вирусным гепатитом, также подтвержденное обнаружением в крови маркеров, в результате контакта с кровью больных (процедурные сестры, лаборанты, акушерки), а у 5 человек в анамнезе также выявлены гемотрансфузии и медицинские манипуляции, сопровождающиеся повреждением целостности кожи и слизистых оболочек.

Наиболее высокая заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами В и С и частота выявления маркеров отмечена у медицинских работников хирургических специальностей (35% случаев), у педиатрических она составила 17,5%, специалистов подразделений, имеющих постоянный контакт с кровью (отделения гемодиализа, гематологические, лаборатории, станции переливания крови и т. п.) — 17,5%, терапевтических — 16,25% и стоматологических — 13,75%. Среди хирургов заболевания острым вирусным гепатитом В, хроническим вирусным гепатитом В и хроническим вирусным гепатитом С распределились следующим образом: 60,71%, 21,41% и 17,86% соответственно. Эти показатели у терапевтов были — 30,77%, 15,78% и 17,86%; у стоматологов — 27,27%, 9,09% и 45,45%; у педиатров — 64,29%, 7,14% и 28,57%. В специализированных подразделениях, где имеет место постоянный тесный контакт с кровью, острый вирусный гепатит В составлял 50%, хронический В — 7,14%, хронический С — 28,57%. По значимости выделены следующие причины, способствующие возникновению заболевания: интенсивный контакт с больными (47,4%); большое количество контактов с кровью (30,1%); проколы кожных покровов (27,8%); несоблюдение правил индивидуальной защиты (25,3%); контакты со слизистой (20,6%). Было установлено, что риск инфицирования медработников связан прежде всего с работой с кровью и ее продуктами, биологическими жидкостями от больных. Установлено, что 85% медработников, у которых выявлены маркеры гепатитов В или С, в последние 6 мес. контактировали с кровью и ее продуктами. Заражение происходит при непосредственном контакте с инфицированной кровью и ее препаратами, а также с контаминированными инструментами и медицинским оборудованием, травмах кожи загрязненными инструментами или попадании контаминированного материала на слизистые оболочки. В 99% случаев диагноз вирусного гепатита подтвержден иммунологическими

Профилактика профессиональных заболеваний (вирусного гепатита и туберкулеза) у медицинских...

исследованиями (маркеры, ПЦР). Из действий, сопряженных с высоким риском заражения, можно отметить очистку инструментария и изделий из стекла (32,7%), надевание колпачка на иглу (25,5%), передачу, прием острых предметов и инструментария (19,1%), удаление зуба (17,9%), наложение швов (16,9%), флеботомию (8,8%).

Гепатит медицинских работников отличается клинически более тяжелым течением (см. табл. 1).

Таблица 1

Клинические формы парентеральных вирусных гепатитов у медработников различных специальностей (1993–2000 гг.), %

Формы течения болезни	Хирурги	Терапевты	Стоматологи	Педиатры	Специалисты отделений гемодиализа, гематологических, лабораторий, станций переливания крови и т. п.
Легкая форма	57,14	23,8	27,27	28,57	42,86
Среднетяжелая форма	32,14	61,54	36,36	50	50
Тяжелая форма	10,72	14,66	36,37	21,43	7,14

Профилактика профессиональных заболеваний (вирусного гепатита и туберкулеза) у медицинских...

Нами проводился сравнительный анализ основных синдромов вирусных гепатитов среди медицинских работников различного профиля (табл. 2).

Клинические синдромы и симптомокомплексы больных парентеральными вирусными гепатитами медицинских работников различных специальностей, %

Синдромы и симптомо-комплексы	Хирурги	Терапев-ты	Стома-тологи	Педиатры	Специалисты отделений ге-модиализа, гематологиче-ских, лабораторий, станций переливания крови и т. п.
Интоксикаци-онный	17,9	23	9,1	7,4	21,4
Болевой	60,1	61,5	54,5	21,4	57,1
Диспептиче-ский	36	38,5	18	42,9	21,4
Суставной	0	7,6	9,1	21,4	28,6
Желтухи	35,6	38,5	45,5	50	42,9

Сравнительный анализ некоторых биохимических показателей крови в этих же группах показал следующее. Средний уровень общего билирубина в начале заболевания составил у педиатров 105,1 мкмоль/л, у терапевтов — 59,6 мкмоль/л, у хирургов — 55,3 мкмоль/л, у стоматологов — 51,6 мкмоль/л и у работников различных специализированных отделений и служб — 49 мкмоль/л. Средний уровень прямого билирубина в соответствующих группах составил 60,7, 35,7, 25,8, 25,5 и 25,7 мкмоль/л соответственно. Максимальный уровень трансаминаз в начале болезни отмечался у педиатров — 22,3 МЕ/л, у хирургов он составил 21,1 МЕ/л, у работников специализированных отделений и служб — 16,8 МЕ/л, у терапевтов — 14,26 МЕ/л. Самый низкий уровень печеночных трансаминаз обнаружен у стоматологов — 14,26 МЕ/л.

Клинические симптомы у медицинских работников не отличались какими-либо особенностями от остальных больных. Получены данные о неодинаковой интенсивности эпидпроцесса парентеральных гепатитов среди персонала лечебных учреждений различного профиля. Удалось выявить, что эпидпроцесс вирусных гепатитов среди медработников носит интенсивный, но преимущественно скрытый характер и формируется главным образом за счет недиагностированных субклинических форм и вирусоносительства. Безжелтушные формы составили в среднем по контингентам 55%.

2.2. Общие меры профилактики

Снижение степени риска передачи вирусного гепатита В основывается на тщательно продуманной системе профилактических мероприятий, в число которых входят:

- применение форм и методов работы, отвечающих правилам техники безопасности и самым высоким современным стандартам;
- строгое выполнение универсальных мер профилактики;
- использование соответствующих индивидуальных защитных приспособлений;

- активная вакцинация лиц, относящихся к группам повышенного риска;
- эпиданализ случаев профессиональной передачи вирусного гепатита В и проведение необходимых противоэпидемических мероприятий в каждом таком случае;
- документальная регистрация таких случаев.

Говоря о стандартных (универсальных) мерах предосторожности при работе с кровью и другими биологическими жидкостями человека, обычно имеют в виду, что любой пациент должен рассматриваться как потенциальный источник вируса гепатита В или других возбудителей, передающихся через кровь. Поэтому необходимо использовать все меры, предупреждающие контакт с кровью или другими биологическими жидкостями. Такие меры включают: обязательное применение индивидуальных защитных средств (перчатки, халаты, маски, очки и др.) для предупреждения попадания крови на кожу и слизистые оболочки; осторожное обращение с иглами и другими острыми инструментами, а также максимальное применение одноразовых игл и шприцев; тщательную дезинфекцию на рабочих местах новейшими высокоэффективными средствами.

Предупреждение заражения пациентов включает общие мероприятия, направленные на сокращение числа необоснованных инъекций и инвазивных хирургических вмешательств. Другие профилактические меры, которые также могут снизить риск передачи вируса гепатита В, включают надежную стерилизацию всех повторно используемых медицинских инструментов, правильное уничтожение одноразовых игл и других острых инструментов, ограничение использования препаратов, расфасованных в многодозовые флаконы.

Исходя из вышесказанного, универсальные меры профилактики должны включать:

- адекватные меры по соблюдению асептики, обязательное мытье рук до и после контакта с биологическими жидкостями организма;

- меры, обеспечивающие чистоту больничных помещений в соответствии с Санитарными нормами и правилами, ГОСТами;
- выполнение правил обработки рук, внутривенной катетеризации, приготовления антисептических растворов, катетеризации мочевых путей и др. в соответствии с инструкцией.

Необходимо также учитывать факторы, влияющие на профессиональный риск заражения:

- риск трансмиссии возрастает при увеличении концентрации инфекционных частиц;
- риск контакта и инфицирования возрастает с увеличением количества контактов с кровью, острыми предметами.

Надо также иметь ввиду, что общие меры предосторожности особенно необходимы:

- при частой встречаемости нераспознанных случаев;
- при большом количестве пациентов из групп повышенного риска, в том числе с частыми переливаниями крови и ее препаратов;
- при частых лабораторных исследованиях и других медицинских манипуляциях у пациентов.

Из общих мер, которые надо соблюдать для профилактики профессиональных заражений (эффективность которых вероятна), необходимо выделить следующие:

- использование антимикробного мыла при работе с группами повышенного риска;
- чистка и дезинфекция поверхностей, с которыми пациенты часто контактируют;
- упаковка в пакеты мусора, белья, бывшего в контакте с жидкостями организма с последующим уничтожением или специальной обработкой.

Важными элементами общих мер профилактики являются:

- одевание чистых (стерильных) перчаток непосредственно перед контактом со слизистыми, поврежденной кожей;

- ношение перчаток при контакте с любой биологической жидкостью организма;
- чистка и немедленная дезинфекция предметов и поверхностей, имеющих контакт с жидкостями организма;
- одевание халата, маски, очков и других средств защиты перед контактом с любыми биологическими жидкими средами;
- применение одноразового медицинского инструментария;
- упаковка потенциально контаминированного инструментария в герметические контейнеры с последующей обеззараживающей обработкой.

Острые колющие и режущие инструменты необходимо помещать в специальные прочные контейнеры, а одноразовые иглы следует выбрасывать, не закрывая колпачками. Все предметы, загрязненные кровью или другими биологическими жидкостями, включая халаты, перевязочный материал, перчатки и т.д., должны быть помещены в соответствующую упаковку, например, в прочные пластиковые мешки, которые впоследствии должны быть сожжены. Администрация медицинских учреждений должна обеспечить хранение и уничтожение отходов, загрязненных биологическими жидкостями.

Медицинские и стоматологические инструменты, предназначенные для многократного применения, должны быть продезинфицированы и простерилизованы в соответствии с действующими официальными инструкциями и рекомендациями. Кроме того, любые ремонтные работы на таком оборудовании должны производиться только после того, как компетентный сотрудник даст заключение об отсутствии риска передачи инфекции, или после обеспечения ремонтного работника необходимыми средствами защиты.

Ввиду трудности диагностики и лечения гепатитов В и С, крайне важна профилактика данной инфекции. Профилактические меры по вирусным гепатитам должны включать:

- программу по охране здоровья персонала, основными задачами которой являются предупреждение профессиональных заболеваний, имеющих парентеральный путь передачи, и своевременная иммунизация персонала;
- разработку программ обучения медицинского персонала со сдачей специального минимума;
- профилактическое обследование групп риска на маркеры вирусных гепатитов, обязательно проводимое при приеме на работу и в последующем каждые 6 мес.;
- использование надлежащего скрининга донорской крови, включая обязательное обследование на маркеры парентеральных вирусных гепатитов, применение надежных методов инаktivации вирусов при производстве препаратов крови;
- обеспечение изоляции позитивных по маркерам вирусных гепатитов пациентов в отделениях хронического гемодиализа;
- для позитивных по маркерам вирусных гепатитов медицинских работников — временное отстранение от работы, перевод на другую, соблюдение повышенных мер безопасности (отстранение от выполнения инвазивных процедур).

2.3. Специфические меры профилактики

Эффективная борьба с парентеральными гепатитами возможна только при условии комплексного решения проблем, связанных с повышением стандартов безопасности оказания всех видов медицинской помощи, медицинского образования населения, и, конечно же, его вакцинации. Ведущее место принадлежит иммунопрофилактике. Вакцинопрофилактика в условиях трудной контролируемости путей перемещения возбудителя является самым эффективным средством борьбы с инфекцией, признанным мировым здравоохранением.

К первоочередным группам населения, нуждающимся в защите при помощи вакцины против гепатита В, отнесены медработники, а также учащиеся медучилищ и студенты медицинских вузов.

Вакцинации против вирусного гепатита В лиц из групп повышенного риска инфицирования (в частности, медработников) с целью исключения их из числа прививаемых больных и переболевших должно предшествовать клиническое и лабораторное обследование на маркеры. Кроме того, необходимо диспансерное наблюдение за инфицированными и переболевшими. Необходимо документировать иммунный статус работников.

Инфекция, обусловленная вирусами гепатитов В и С, имеет длительный и вариативный инкубационный период. Медицинские работники могут заразиться вирусом гепатита В не только во время выполнения своих служебных обязанностей. Имеет огромное значение постоянное соблюдение мер, предупреждающих распространение инфекций. На это следует обратить особое внимание, так как вакцинация медицинских работников против гепатита В может привести к тому, что они перестанут соблюдать универсальные меры предосторожности, не учитывая, что возбудители многих других инфекций также распространяются через кровь. Вакцинация против гепатита В не снимает с медицинских работников ответственности за соблюдение правил техники безопасности при работе с потенциально контаминированными материалами.

Необходимо проведение экстренной иммунопрофилактики. Как медицинским работникам, имеющим повышенный риск инфицирования гепатита В, так и студентам-медикам необходимо сообщать администрации медицинского учреждения обо всех случаях травматизации иглами или другими острыми медицинскими предметами. Меры профилактики после возможного заражения зависят от характера травмы, вида потенциально опасной биологической жидкости, возможности определения состояния вирусоносительства у потенциального источника инфекции и титров специфических антител у самого медицинского работника

Сразу же после травмы рана должна быть тщательно промыта проточной водой, а края ее сдавлены, чтобы усилить кровотечение (нельзя отсасывать кровь ртом!). Затем место травмы должно быть обработано этиловым спиртом и закрыто влагонепроницаемой повязкой. О несчастном случае следует сообщить ответственному представителю администрации, а в журнале аварий должна быть обязательно сделана письменная запись. Если имеется возможность, необходимо произвести обследование на маркеры вирусных гепатитов потенциального источника инфекции (после получения его согласия) или исследовать биологическую жидкость, которой была контаминирована рана. Если человек не дает согласия на обследование, его следует считать инфицированным. Желательно, чтобы результаты исследования были получены в течение 48 ч после несчастного случая. Это позволит приступить к осуществлению необходимых мероприятий в максимально ранние сроки. В некоторых ситуациях потребуется введение иммуноглобулина против гепатита В (если потенциальный источник инфекции HBsAg⁺ или HBeAg⁺; если медицинский работник ранее не был вакцинирован или если после вакцинации титры антител у него ниже, чем 10 мМЕ/мл). Чтобы обеспечить максимальный эффект, иммуноглобулин против гепатита В необходимо ввести в первые 48 ч после несчастного случая. Если такое раннее введение иммуноглобулина по тем или иным причинам невозможно, его можно применять и в дальнейшем (до 11 дней после контакта с потенциально инфицированным материалом), однако эффективность такого позднего введения будет хуже. Следует помнить, что даже при введении в первые 48 ч после травмы специфический иммуноглобулин не гарантирует полную защиту в 100% случаев, поэтому медицинские работники должны быть ориентированы прежде всего на активную вакцинопрофилактику, а не на пассивную защиту иммуноглобулином.

При расследовании имевшихся случаев травматизации медицинских работников иглами и другими острыми инструментами необходимо постараться организовать вакцинацию незащищенных лиц, имеющих повышенный риск инфицирования вирусным гепатитом В. Тем, кто имел контакт с потенциально инфицированным (HBsAg⁺ или HBeAg⁺) материалом, следует провести активную вакцинацию и одновременно ввести специфический иммуноглобулин против гепатита В. Ускоренный курс «послеэкспозиционной» вакцинации тех, кто не был охвачен плановой программой иммунизации медицинских работников, обеспечит продукцию антител в достаточно высоких титрах в течение инкубационного периода гепатита В.

В отношении работников, у которых обнаружены обычные маркеры гепатита В, не должны автоматически применяться ограничительные меры. Имеющие положительные результаты на маркеры врачи могут продолжить свою деятельность по специальностям, в которых имеется низкий риск распространения вирусного гепатита В, но должны быть отстранены от выполнения инвазивных процедур, например, от участия в операциях.

Решение о некоторых ограничениях в профессиональной деятельности конкретного сотрудника должно быть принято администрацией на основании взаимного соглашения между самим работником, специалистом по гигиене труда, представителем профсоюза и администрацией. По мнению специалистов, медицинские работники должны сохранить право на продолжение своей профессиональной деятельности, но в то же время они обязаны строго соблюдать дополнительные правила техники безопасности.

3. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У МЕДРАБОТНИКОВ

3.1. Эпидемиологические и клинические особенности туберкулеза у медицинских работников

Особенности туберкулеза как ВБИ приобретают особую актуальность и широко освещаются. Очевидно, что распространенность внутри больничного туберкулеза зависит от наличия и соотношения ряда факторов риска. В клиническом отношении значимы затянувшиеся сроки обследования (главным образом, в связи с неадекватной диагностикой), задержка в назначении противотуберкулезной терапии и ее неполноценность, невозможность респираторной протекции персонала и др.

Ослабление за последнее десятилетие контроля за инфекцией и рост числа лекарственно-резистентных штаммов микобактерий в «благополучных» в отношении туберкулеза странах привели к 18–35% конверсии туберкулиновых проб у персонала, контактирующего с больными, и к ежегодному приросту профессиональной заболеваемости на 20%.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Республике Беларусь остается неблагоприятной. За последние 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом увеличился на 62,4% (с 33,8 до 54,9 на 100 тыс. населения), смертность от туберкулеза — на 62,5%, контингенты больных активными формами туберкулеза — на 16,8%. Особенно возросла заболеваемость туберкулезом органов дыхания, в том числе бацилярными формами — в 1,8 раза, деструктивными формами — в 1,9 раза. Заболеваемость туберкулезом сельских жителей в 1,4 раза выше, чем городских. Направленность эпидемических тенденций во многом определяют социальные факторы.

По данным АИС «Профзаболеваемость», за 1993–2000 гг. туберкулез зарегистрирован в 55% (28 случаев) всех впервые выявленных профзаболеваний среди медицинских работников.

Нами проведена выкопировка данных из медицинской документации Республиканского центра профпатологии (РПЦ), из которых видно, что больные туберкулезом составляют 14,5% от общего числа медицинских работников, состоящих на учете в РПЦ. Среди них преобладают женщины (71%), по профессии чаще встречаются медсестры (39,3%) и врачи (32,1%). На 10 000 фтизиатров это составляет 178 больных в республике. По стажу преобладают медработники двух групп: более 25 лет стажа во вредных условиях (32,14%) и 10–14 лет (25% наблюдаемых лиц). Нами установлено, что более чем у половины медицинских работников (57,14%) заболевание возникло в течение первых 10 лет работы, у 10% дало рецидивы, несмотря на активное противотуберкулезное лечение, у 3,6% — привело к инвалидности. Только у 42,8% больных туберкулез выявлен при профосмотре. Нами проведено анкетирование 485 медработников специализированных лечебно-профилактических учреждений. По его результатам мы пришли к выводу, что инфицирование воздушно-капельным путем вероятнее всего происходит при непосредственном контакте с бацилловыделителями в 68,4% случаев; при проведении бронхолегочных исследований (бронхоскопия, функции внешнего дыхания и другие) — в 14% случаев; при проведении клинико-диагностических лабораторных исследований биологических жидкостей (мокрота, промывные воды бронхов, моча, кровь и др.) — в 29,9% случаев.

В условиях нарастающего распространения туберкулезной инфекции с неудовлетворительным прогнозом меры по охране труда и социальной защите противотуберкулезных учреждений с учетом распространенности туберкулеза и его возбудителя требуют радикального пересмотра. Сейчас разработка неотложных мер борьбы с туберкулезом, предусматривающих эффективную реализацию приоритетных мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболевания чрезвычайно актуальна.

3.2. Общие мероприятия по профилактике туберкулеза

Общие мероприятия по профилактике туберкулеза должны включать:

- активное раннее выявление больных туберкулезом;
- профилактику туберкулеза среди различных категорий населения;
- борьбу с эпидемией туберкулеза в местах массового распространения (ИТУ МВД, психоневрологические диспансеры и т.д.);
- поддержание устойчивого благополучия по туберкулезу в системе хозяйств Министерства сельского хозяйства и продовольствия.

В целях осуществления профилактических и санитарно-оздоровительных мероприятий необходимо:

- обеспечивать взаимодействия в выявлении, регистрации случаев туберкулеза, проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий между заинтересованными министерствами и ведомствами;
- внедрять в практику работы учреждений здравоохранения единые критерии оценки эпидситуации по туберкулезу;
- обеспечивать госпитализацию в первые сутки больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза легких или рецидивом заболевания, изоляцию их;
- обеспечивать жильем в первую очередь, в соответствии с законодательством, лиц, страдающих заразными формами туберкулеза и т.д.

Существенное значение имеют подготовка и издание для населения массовым тиражом санитарно-просветительной литературы (памяток, научно-популярных брошюр), плакатов по проблемам профилактики туберкулеза; создание серий телевизионных фильмов, радиопередач, направленных на пропаганду и повышение знаний по борьбе с туберкулезом среди различных групп населения, формирование мотивации к здоровому образу жизни.

Для раннего выявления и профилактики дальнейшего распространения туберкулеза необходимо:

- обеспечение ежегодного рентгенофлюорографического обследования населения сплошным методом с 17 лет и старше, включая группы населения с повышенным риском заболевания туберкулезом;
- формирование базы данных по флюорографическому обследованию населения в лечебно-профилактических учреждениях республики и полный контроль (отслеживание динамики) по случаям выявления туберкулеза, подозрения на туберкулез с принятием адекватных мер;
- обеспечение внедрения новых технологий для проведения рентгенологических осмотров населения (с использованием пульмосканов);
- эффективная туберкулинодиагностика подлежащих контингентов.

Практический опыт показывает, что заболеваемость персонала внутрибольничным туберкулезом зависит от объема и характера исследуемого материала, стажа, соблюдения требований охраны труда, материально-технического состояния помещений. По совокупности факторов риска в наименее благоприятные условия поставлены сотрудники специализированных по туберкулезу лечебно-профилактических учреждений. Основными путями трансмиссии инфекции остаются ингаляция возбудителя и поступление его с пищей; инокуляция (инъекция, контакт кожи и слизистых с патологическим материалом), инфицирование при переливаниях и трансплантациях.

4. МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

В меры социальной защиты должны войти:

- выработка и принятие рабочих нормативов, адекватных изменившейся эпидемиологической ситуации;
- сокращение рабочего дня;
- увеличение продолжительности отпуска;
- повышение надбавки за особо вредные условия труда с ее индексацией в зависимости от стажа работы в условиях постоянного контакта с туберкулезной инфекцией, с потенциально опасными жидкостями организма (кровь, ликвор и др.);
- сокращение трудового стажа для выхода на пенсию;
- повышение размеров пенсии.

В меры охраны труда целесообразно включить:

- ежегодную двукратную диспансеризацию;
- по показаниям — химиопрофилактику, витаминотерапию, иммунокорректирующую терапию;
- использование спецодежды с ежедневной сменой — перчаток, фартуков, бахил, защитных очков, респираторов;
- ежедневную влажную уборку помещений с использованием эффективных дезинфицирующих средств;
- ультрафиолетовое облучение рабочих помещений;
- эффективную работу приточно-вытяжной вентиляции (кондиционирование воздуха);

Профилактика профессиональных заболеваний (вирусного гепатита и туберкулеза) у медицинских...

- санитарно-гигиеническую паспортизацию противотуберкулезных учреждений по набору помещений и площадям, соответствию вентиляции, микроклимата помещений Санитарным нормам и правилам;
- обязательное страхование медицинских работников с выдачей им единовременных пособий в случае возникновения профзаболевания, несчастного случая, которое принято новой редакцией Закона о здравоохранении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных нами исследований можно с уверенностью утверждать, что ВБИ как профессиональные заболевания медперсонала занимают приоритетную позицию в общей структуре заболеваемости и имеют тенденцию к росту.

Заболевания у медицинских работников протекают, как правило, более тяжело, часто приводят к утрате профессиональной трудоспособности. Поэтому первостепенное значение приобретает профилактика профессиональных ВБИ. Необходимо создание системы архитектурно-планировочных, организационных, санитарно-гигиенических, противозидемических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременное выявление и нейтрализацию источников инфекции, борьбу с патогенными микроорганизмами во внешней больничной среде, на повышение общей местной антиинфекционной сопротивляемости медицинских работников. Важность неукоснительного выполнения этих мер следует довести до каждого специалиста высшего, среднего и младшего звеньев здравоохранения. Только тогда профилактика ВБИ сможет обеспечить создание благоприятных и безопасных условий для обследования и лечения больных, и успешной работы медперсонала.