

*¹Дюсьмикеева М. И., ¹Горенок Д. И., ¹Морозкина Н. С.,
¹Кривошеева Ж. И., ¹Пылишев В. В., ¹Дубровский А. С.,
¹Антонова Н. П., ²Климук Д. А., ²Астровко А. П.*

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*¹ Кафедра фтизиопульмонологии БГМУ, г. Минск
² ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск*

Во всем мире профессиональные заболевания — главная причина смертности, связанной с производственной деятельностью. Несовершенство системы профилактики профессиональных заболеваний оказывает

серьезное негативное влияние не только на работников и их семьи, но и на общество в целом. Речь идет о стоимости потерь из-за снижения производительности и роста нагрузки на систему социального обеспечения. Профилактика гораздо более эффективна и менее затратная, чем лечение или реабилитация.

В силу специфики своей профессиональной деятельности, работники медицинских учреждения подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды. Профессиональные факторы в отрасли имеют в основном биологическую природу. Поэтому организационные и профилактические меры должны направляться, в первую очередь, на контроль за состоянием условий труда и здоровьем медперсонала, имеющего контакт с туберкулезной инфекцией. Руководителям организаций и самим сотрудникам следует продумать, как устранить или снизить риск на рабочем месте.

Туберкулез в Республике Беларусь в последние два десятилетия продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. Современная эпидситуация по туберкулезу характеризуется распространением микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и широкой лекарственной устойчивостью, что снижает эффективность лечения и повышает смертность от этой инфекции. По данным проводимого в республике надзора была установлена неблагоприятная тенденция нарастания уровня лекарственно-устойчивого туберкулеза: среди вновь выявленных случаев бактериологически подтвержденного туберкулеза легких уровень множественно лекарственно-устойчивого туберкулеза вырос с 7,7 % в 2002 г. до 25,7 % в 2013 г., среди случаев повторного лечения — с 24,0 % в 2002 г. до 60,2 % в 2013 г.

В последние годы все большее внимание обращается на случаи нозокомиальной трансмиссии возбудителя туберкулеза. Молекулярно-генетические исследования подтверждают многочисленные факты перекрестного заражения пациентов, находившихся на лечении в отделениях для лечения туберкулеза, в том числе и случаи заражения множественно лекарственно-устойчивым туберкулезом.

О внутрибольничном инфицировании микобактериями туберкулеза свидетельствует заболеваемость туберкулезом медицинских работников организаций здравоохранения, в том числе противотуберкулезного профиля, контактирующих с пациентами, выделяющими микобактерии туберкулеза в окружающую среду, а также прочего медицинского и обслуживающего персонала, потенциально контактирующего с инфекционным аэрозолям. Основная масса медицинских работников, страдающих туберкулезом, выявляется в организациях общелечебной сети. В Республике Беларусь ежегодно заболевают туберкулезом почти 100 медицинских ра-

ботников различных организаций здравоохранения, в том числе около 20 человек, работающих в противотуберкулезных организациях. Заболеваемость медицинских работников всех отраслей здравоохранения подвержена значительным колебаниям, вместе с тем уровень заболеваемости туберкулезом медицинских работников снизился со 113 случаев в 2000 г. до 90 случаев в 2013 г., причем удельный вес медицинских работников противотуберкулезных организаций в общей структуре заболеваемости туберкулезом медицинских работников колеблется от 26,5 % в 2000 г. до 13,3 % в 2013 г. (в 2000 г. было выявлено 30 случаев туберкулеза в группе медицинского персонала противотуберкулезных организаций республики, в 2013 г. — 12).

Самые уязвимые жертвы туберкулеза: медсестры — 37,9 %, врачи — 13,7 %, фельдшера — 5,6 %, лаборанты и санитарки — 6,5 %.

Заражению чаще подвергаются те, у кого стаж работы до 5 лет — 39,5 % случаев, 6–10 лет — 16,9 %.

Поскольку в медицине трудятся в основном женщины, то на них и приходится 90,3 % профзаболеваний.

В возрастной группе от 18 до 25 лет зафиксировано 19,4 % случаев, от 26 до 35 лет — 32,2 %, от 36 до 45 лет — 23,4 %.

Общая и профессиональная заболеваемость туберкулезом медицинских работников противотуберкулезных организаций в разрезе областей за 2013 г. оказалась наибольшей в Гомельской области (соответственно 6 и 3 случая), не наблюдалось случаев заболеваемости медицинских работников в Витебской и Могилевской областях. Единичные случаи заболевания туберкулезом медицинских работников отмечены в г. Минске (1 и 1 соответственно) и в Брестской области (2 и 1 соответственно).

Предупреждение профессиональных инфекций включает, прежде всего, скрининг медработников перед приемом на работу на наличие заболеваний, медосмотры — плановый и при возникновении профессиональных инфекций. Ежегодное обследование группы высокого риска позволяет своевременно выявить потенциальные источники инфекции, предотвратить возможность профессиональных и перекрестных заражений.

В ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» при сотрудничестве с кафедрой фтизиопульмонологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» разработан рациональный алгоритм реализации инфекционного контроля, отражающий актуальные меры по предотвращению перекрестного инфицирования пациентов и охране здоровья медицинских работников противотуберкулезных организаций (рис. 1).

Алгоритм реализации инфекционного контроля для противотуберкулезных учреждений учитывает особенности планирования и осуществления мероприятий по всем группам инфекционного контроля в наиболее

типичных условиях работы противотуберкулезной службы. Данный алгоритм включает выполнение трех обязательных компонентов.



Рис. 1. Алгоритм реализации инфекционного контроля для противотуберкулезных организаций Республики Беларусь

Мероприятия административного контроля в отношении пациентов включают применение быстрых методов диагностики туберкулеза, своевременную изоляцию пациентов-бактериовыделителей, разделение потоков пациентов в стационаре согласно клинических форм заболевания и профиля устойчивости микобактерий туберкулеза, а также соблюдение протоколов лечения и сроков пребывания в стационаре; в отношении медицинских работников — составление и регулярные пересмотры планов инфекционного контроля в конкретной организации, маркировку опасных зон в стационаре, мониторинг и оценку мероприятий инфекционного контроля в организации с целью контроля выполнения индикаторов программы инфекционного контроля.

Меры инженерного контроля в отношении медицинских работников направлены на выделение безопасной «чистой» зоны для размещения персонала и соблюдение условий биобезопасности в бактериологической лаборатории (соблюдение поточности материала и эксплуатация боксов биологической защиты). С целью снижения вероятности перекрестного заражения туберкулезом в отношении пациентов должна быть применена герметизация дверей палат и ограничение доступа в лечебные отделения. К мероприятиям, направленным на обе указанные целевые группы, относится установка и эксплуатация инженерных средств — ультрафиолетовых облучателей постоянного действия и приточно-вытяжной вентиляции.

Меры индивидуальной защиты органов дыхания работников противотуберкулезных организаций должны включать применение индивидуальных респираторов при регулярном проведении фит-теста, а также соблюдение условий безопасности при работе с пациентами и инфекционным материалом. Пациенты должны быть обеспечены одноразовыми хирургическими масками и обучены «этикету кашля».

С целью создания безопасных условий труда в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» был проведен ряд мероприятий по инженерному контролю. В отделении лекарственно-устойчивого туберкулеза с использованием герметичных перегородок выделена зона для пациентов с бактериовыделением. Отделения и лаборатория оснащены дверьми с электромагнитным замком с целью ограничения доступа посторонних лиц. Ряд отделений и помещений оснащены ультрафиолетовыми бактерицидными облучателями с экранированной лампой, позволяющими осуществлять облучение верхней (необитаемой) зоны помещения при условии круглосуточного пребывания персонала и/или пациентов. Опыт использования данных бактерицидных облучателей показал удобство их использования, возможность применения в зонах с различной эпидопасностью и простоту в обслуживании, что дает возможность рекомендовать их как стандартизованный тип облучателей для противотуберкулезных организаций республики.

В настоящее время в результате разработки Методического руководства «Мероприятия по инфекционному контролю в противотуберкулезных организациях», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.12.2009 г. № 1151, достигнуто внедрение мероприятий инфекционного контроля в республике, однако существует ряд недостатков в работе по обеспечению должного уровня инфекционного контроля в некоторых противотуберкулезных стационарах. Это связано в первую очередь со сложностями в выделении финансирования на капитальные ремонты и обновление материально-технической базы.

Выявлено, что в большинстве противотуберкулезных организаций отсутствуют меры компонента инфекционного контроля «Инженерный контроль», а именно:

- не функционируют или функционируют не в полном объеме системы приточно-вытяжной вентиляции;
- не проведено разделение помещений на «чистую» и «грязную» зоны, что приводит к невозможности организовать правильное движение воздушных масс (из «чистой зоны» в «грязную»);
- во многих организациях не осуществляется своевременный контроль за сроками службы и эффективностью работы ультрафиолетовых бактерицидных ламп.

Эти недостатки обусловлены несоответствием помещений противотуберкулезных организаций здравоохранения современным требованиям инфекционного контроля.

Проведение мониторинга и оценки мероприятий инфекционного контроля на регулярной основе является важным разделом работы любой противотуберкулезной организации. Это обусловлено необходимостью коррекции существующих планов и оперативного принятия управленческих решений, целью которых служит предупреждение распространения внутрибольничной туберкулезной инфекции, снижение профессиональной заболеваемости медицинских работников и предотвращение перекрестной заболеваемости пациентов. Своевременное внесение изменений в планы инфекционного контроля способствует экономии целевых средств финансирования путем перераспределения материальных ресурсов между приоритетными группами мероприятий.

Предложенный в методическом руководстве метод качественной и количественной оценки эффективности мероприятий противотуберкулезного инфекционного контроля для медицинских организаций республики при помощи стандартизованных индикаторов является универсальным в условиях работы противотуберкулезной службы республики и служит для комплексной скрининговой оценки состояния инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях.

На основании проведенного исследования эффективности мероприятий инфекционного контроля показана важность внедрения в практику мер инфекционного контроля в противотуберкулезных организациях, обеспечивающих охрану здоровья медицинского персонала и пациентов и исключаящих перекрестное инфицирование микобактериями туберкулеза. В противотуберкулезных организациях, где надлежащим образом внедрены планы и налажен инфекционный контроль отсутствуют случаи заболеваемости туберкулезом медицинских работников (Витебская, Могилевская области), или заболеваемость сведена к единичным случаям (г. Минск).