



Ақпараттық оқу нұсқаулығы
Чувакова Т.К., Карин Б.Т.



АКУШЕРЛІК СТАЦИОНАРЛАРДА ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

«АЯЛА»
ҚАЙЫРЫМДЫЛЫҚ ҚОРЫ

Нұр-Сұлтан – 2019

ӘОЖ 616-053.2

КБЖ 57.3

Ч

Акушерлік стационарларда инфекциялық бақылау жүйесін ұйымдастыру. Ақпараттық оқу нұсқаулығы. Чувакова Т.К., Карин Б.Т.

Аталған ақпараттық оқу нұсқаулығы «АЯЛА» қайырымдылық қорының ұсынысымен әзірленген. Педиатрия саласындағы 10 жылдан бергі жұмыс тәжірибесінде «АЯЛА» қоры отандық денсаулық сақтау практикасына инновациялық емдеу әдістерін енгізумен қатар, жаңа туған нәрестелердің денсаулығына қатысты күрделі жағдайларға жол бермеуге барынша ықпал етуде.

Қолдарыңыздағы ақпараттық оқу нұсқаулығында акушерлік стационарда орын алуы ықтимал ауруханаішілік (нозокомиалды) инфекциялардың алдын алу әдістерін жетілдіруге бағытталған инфекциялық бақылау жүйесін ұйымдастыру бойынша бірқатар ұсыныстар берілген. Ақпараттық нұсқаулықты әзірлеу барысында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған перинаталдық технологиялар қолданылған. Айта кету керек, бұл технологиялардың тиімділігі мен қауіпсіздігі дәлелді медицинаның заманауи талаптарына сай эпидемиологиялық зерттеулер негізінде дәлелденген.

Аталған нұсқаулық босанатын әйелдерге дәрігерлік жәрдем беру стационарларының медицина қызметкерлеріне, медициналық ЖОО студенттеріне, резиденттерге арналған.

ӘОЖ 616-053.2

КБЖ 57.3

Мазмұны:

Қысқартулар тізімі	1
Кіріспе	2
1. Акушерлік стационарларда инфекциялық бақылау жүйесін ұйымдастыру	4
2. Инфекциялық бақылауды басқару құрылымы	9
3. ИБ жүйесін микробиологиялық қамтамасыз ету жолдары	16
4. МККБИ эпидемиологиялық диагностикасы	17
5. ИБ жүйесіндегі эпидемияларға қарсы шаралар және олардың алдын алу жолдары	19
6. Босанудың ғылыми дәлелденген технологияларын енгізу	23
Қолданылған әдебиет тізімі	29

Қысқартулар тізімі:

- ИБ – инфекциялық бақылау;
- ГИ – госпитальдік инфекциялар;
- ИСИ – іріңді-септикалық инфекциялар;
- АИИ – ауруханаішілік инфекциялар;
- ЭҚ – эпидемиологиялық қадағалау;
- МККБИ – медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар;
- WHONET – ДДҮNET – ДДҮ – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы,
- NET – желі (микроағзалардың антибиотикке төзімділігін саралауға негізделген компьютерлік бағдарлама);
- МСЭҚ – Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау.

КІРІСПЕ

Ауруханаішілік (нозокомиалды, ауруханалық, госпитальдік) инфекция деп микроб түріндегі кез келген клиникалық ауруларды қарастырамыз. Ол науқас адам ауруханада жатқанда немесе медициналық көмекке жүгінгенде жұғуы ықтимал инфекцияның бір түрі (науқас стационарда жатқанда не стационардан шыққаннан кейін ауру белгісі болмаған күннің өзінде). Жұмыс барысында ауруханаішілік инфекцияға емдеу мекемесінің қызметкері де шалдығуы мүмкін. 1979 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) Еуропалық аймақтық бюросы осылай деп түсіндірген болатын.

Бүгінде «**медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекция**» (МККБИ) термині енгізілген. Көптеген елдердің нормативтік құжаттарында, ДДҰ-ның ғылыми әдебиетінде және жариялымдарында қазір дәл осы термин қолданылады. МККБИ жұқтыру жағдайлары стационарларда, амбулаториялық емханаларда, сауықтыру шипажайлары мен халықты әлеуметтік қорғау және білім беру мекемелерінде медициналық көмек көрсетуге немесе медициналық жедел жәрдемге, медициналық көмекті үйде көрсетуге тікелей қатысты. Сол сияқты, кәсіби қызметтерін атқару барысында медицина қызметкерлері де инфекцияға шалдығатын жағдайларды жоққа шығаруға болмайды.

МККБИ жұқтыру тәуекелі дүние жүзі бойынша барлық елдерде бірдей, яғни инфекцияның бұл түрі денсаулық сақтау мекемелерінің барлығында да кездеседі. Бірақ әлем елдерінің даму көрсеткіштеріне қарай инфекцияның түрлері мен таралуында өзіндік ерекшеліктер бар.

ДДҰ мәліметтері бойынша, табыс деңгейі жоғары, яғни заман талабына сай технологиялар мен емдеу тәсілдерін кеңінен қолданатын дамыған елдерде науқастарды жедел және шұғыл көмек ауруханаларына жатқызу барысында МККБИ 3,5-12% жағдайда асқыну себебі болып табылады. Бір ғана АҚШ-та жыл сайын МККБИ салдарында кем дегенде 80 000 жағдайда адам өлімі орын алады (күніне 200 адам көз жұмады). Табыс деңгейі төмен елдерде МККБИ ықпалы бұдан да жоғары: дамыған елдермен салыстырғанда инфекция жұқтыру көрсеткіші 2–20 есе. Инфекциялардың таралу деңгейін зерттеу нәтижесі көрсеткендей, әдетте ол 15%-дан асып түседі [1].

Табыс деңгейі төмен және орташа деп танылған елдерде МККБИ әсіресе интенсивті терапия бөлімдеріне түскен жаңа туған нәрестелер үшін аса қауіпті: дамыған елдермен салыстырғанда нәрестелердің МККБИ жұқтыру қаупі бірнеше есе жоғары. Даму көрсеткіші төмен не дамушы елдерде күніне

4000 бала МККБИ-дан шетінеп жатады. Жаңа туған нәрестелерге арналған интенсивті терапия бөліміне түсетін балалардың жартысына жуығы МККБИ жұқтыру салдарында көз жұмады [1].

МККБИ пациенттердің қауіпсіздігі үшін түйінді проблема болып табылады. Бұл инфекцияның салдарында микроағзалардың микробқа қарсы агенттер алдындағы төзімділігі жоғарылап, пациентке ұзақ уақыт бойы ауруханада жатуға тура келеді, ол тіпті еңбек ету қабілетінен айырылуы мүмкін. МККБИ салдары денсаулық сақтау жүйесі үшін, емделушілер мен олардың отбасы үшін қаржылай қыруар шығын түрінде де көрініс береді. МККБИ мүгедектік не өлім жағдайларының жоғарылауына да ықпал етуде.

ДДҰ мәліметтері бойынша, Еуропада медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияға қатысты жылына шамамен 5 миллиондай оқиға тіркеледі. Инфекцияның бұл түрі бір жылда 135 мыңдай өлім жағдайына себеп болған. Сол сияқты, медицина мекемесінде қосымша мәрте қалуды талап еткен 25 миллиондай жағдай тіркелген. Өз кезегінде бұл 13-24 млрд еуро қосымша шығынға әкеп соққан. МККБИ салдарында өлім жағдайы жоғары саналатын Латын Америкасында бұл көрсеткіш – 18.5%, Азияда – 23.6%, Африкада - 29.3% [1].

Бұл деректер МККБИ мәселесінің қаншалықты маңызды әрі өзекті екендігін көрсетеді. Сонымен қатар, денсаулық сақтау ұйымдары мен мекемелеріндегі медицина қызметкерлерін аталған мәселенің алдын алу жолдары туралы дер кезінде ақпараттандырып, денсаулықты жақсартудың тиімді жолдарын қолдану және оған бақылау жасау қажеттігін дәлелдей түседі.

Бұл тұрғыда шетелдік және халықаралық бірқатар жобаларды мысал етуге болады. 1975–1976 жж. АҚШ-та жүргізілген ауруханаішілік бақылаудың тиімділігін анықтауға негізделген эпидемиологиялық бақылау мүмкіндіктерін зерттеу (Survey Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC)) нәтижесі көрсеткендей, емдеу-диагностикалық процесіне қатысушыларды ақпараттандыру барысында, ауруханаішілік инфекция жұқтыру көрсеткіші 30%-дан кем емес деңгейде төмендегені белгілі болған.

1. АКУШЕРЛІК СТАЦИОНАРЛАРДА ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Инфекциялық бақылау (ИБ) дегеніміз денсаулық сақтау ұйымдарында инфекциялық аурулардың пайда болуының және таралуының алдын алуға бағытталған эпидемияға қарсы және эпидемиялардың алдын алуы тиіс ұйымдасқан шаралардың тиімді жүйесі. Бұл шаралар эпидемиологиялық диагностика нәтижелеріне негізделіп құрылады. Инфекциялық бақылау — пациенттердің де, медицина қызметкерлерінің де қауіпсіздігі мен амандығын қамтамасыз етудегі маңызды сапа стандарты болып табылады [2].

Инфекциялық бақылаудың мақсаты: медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекция (МККБИ) салдарындағы ауру көрсеткішін, өлім-жітім көрсеткішін және экономикалық залалды төмендету.

МККБИ-мен күрес жолындағы стратегияның негізгі бағыттары төмендегідей:

- денсаулық сақтау ұйымдарында, атап айтқанда, акушерлік стационарларда ИБ жүйесін қалыптастырып, оның жұмысына медицина қызметкерлерін, яғни акушер-гинекологты, акушерлерді, неонатологтарды, госпитальдегі эпидемиолог дәрігерді және медбикелерді түгелдей жұмылдыру;
- пациенттерге медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту мақсатында (оларды қорғау үшін) эпидемиялық процесті басқару: ол эпидемиологиялық диагностика нәтижесіне негізделген жағдайда ғана тиімді болмақ;
- эпидемиологиялық диагностика жүргізу: бұл госпитальдегі эпидемиолог дәрігердің міндеті болып табылады.

Жиынтық түрде бұл шаралар диагностикалық емдеу процестеріне қойылатын талаптарды әзірлеуге және пациенттер мен медицина қызметкерлерінің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге негізделген медициналық көмек сапасын арттыруға бағытталған.

Инфекциялық бақылауды ұйымдастырып, жүзеге асыруда тиісті дайындықтан өткен медицина қызметкерлерінің рөлі өте маңызды. Дайындық барысында қолданыстағы тұрақты практикадан дәлелді медицинаға негізделген жаңа технологияларды енгізу жолындағы медицина қызметкерлерінің менталитетін өзгерту мейлінше қиындық туғызуы мүмкін.

Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияның этиологиялық табиғаты. Ауруханаішілік инфекция микрофлоралардың белгілі бір класының белсенділігіне байланысты туындайды. Әдетте бұл микрофлоралар, біріншіден, қандай да бір тіршілік аясында кеңінен кездеседі; екіншіден, оларға барынша таралу тенденциясы тән. Бұл тұрғыдағы агрессивті белсенділіктің тағы бір себебі – мұндай микрофлора қоршаған ортаның физикалық

және химиялық зақым факторларына айтарлықтай төзімді (бұл төзімділік табиғи негізде де, уақыт өте де қалыптаса береді). Оның өсіп, көбеюі де қиындық туғызбайды әрі ол қалыпты микрофлорамен тығыз байланыста болады; және де оның жұққыштық көрсеткіші (contagiosus) жоғары, микробтарға қарсы дәрі-дәрмекке ыңғайланып, бейімделу қабілеті де зор.

МККБИ-дің өріс алуы кез келген патогенді және шартты-патогенді түрдегі микробты қоздырғыш ауруларға қатысты болуы мүмкін. МККБИ-ге тән мейлінше кең тараған қоздырғыштар деп шартты-патогенді бактерияларды айтуға болады, мысалға, алтын-сары стафилококк (*Staphylococcus aureus*), ішек таяқшалары (*Escherichia coli*), клебсиеллалар (*Klebsiella*), клостридиялар (*Clostridia*), іріңді көк таяқшалар (*Pseudomonas aeruginosa*), сондай-ақ респираторлық вирустар (ауа арқылы жұғатын). Емдеу мекемелерінің қайсысында болса да МККБИ-дің өзіндік қоздырғыштар шоғыры қалыптасып, уақыт өте олар өзгеріске ұшырап жатады.

Пациенттің және медицина қызметкерлерінің МККБИ жұқтыруы ішкі де (эндогендік), сыртқы да (экзогендік) факторларға байланысты болуы мүмкін. Эндогендік инфекция адам ағзасындағы шартты-патогенді флораның, бірінші кезекте, асқазан-ішек жолдарының белсенділігі артуы себепті туындайды. Асқазан-ішек жолдарының шырышты қабатының қорғаныс жолдары бұзылған жағдайда микроағзалардың ішектен тікелей қанға ену қаупі көрініс береді (яғни, сепсистің дамуы). Индеттің экзогендік жолмен жұғуы МККБИ ошақ көзімен тікелей байланысқа түсу негізінде орын алады. Емдеу мекемелеріндегі инфекцияның негізгі ошақ көзі болып пациенттер мен медицина қызметкерлері, хирургиялық құралдар және қоршаған орта тұтастай, яғни барлық құрал-жабдықтар, емдеу мекемесіндегі заттар табылады. Инфекция пациенттен медицина қызметкеріне жұғуы ықтимал және керісінше, сол сияқты пациенттен немесе медицина қызметкерінен қоршаған ортаға таралуы мүмкін.

МККБИ жұқтыру тетіктері мен жолдары: зәр-нәжіс жолдары арқылы, ауыз арқылы, ауа арқылы, трансмиссиялық жолмен (буын аяқты жәндіктерден тарайтын) және тікелей байланыс жасау негізінде. Жұқпа факторлары: құралдар мен аспаптардың ластануы (контаминация салдары), тыныс алуға арналған және өзге де медициналық аппаратура, төсек-орын жабдықтары, керуеттер, науқастарды күтуге арналған заттар, медициналық таңу және тігу материалдары, эндопротездер мен дренаждар, трансплантанттар, арнайы киімдер, аяқ киімдер, ластанған киімдер, қызметкерлер мен науқастардың шаштары, қолдары, т.т.



Ауруханаларда қоздырғыштардың тағы бір қауіпті қоймасы, яғни қайталама делінетін эпидемиялық түрі қалыптасуы да мүмкін. Бұларда микрофлора ұзақ уақыт бойы тіршілік етіп, көбейе алады. Мұндай қоймаларға сұйықтықтарды, құрамында ылғал бар, не ылғалдық қасиеті бар нысандарды жатқызуға болады, мысалға, инфузиялық сұйықтықтарды, ішуге арналған ерітінділерді, тазартылған суды (дистильді су), қолға жағатын иісмайды, гүлсауыттағы суды, желдеткіштерді ылғалдандырушы құралдарды, душқа түсу қондырғыларын, қол жууға арналған шөткелерді, диагностикалық емдеу аспаптары мен аппараттарының жекелеген бөліктерін, тіпті агент белсенділігінің шоғырлануы төмендетілген зарарсыздандырығыш құралдарды да.

Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияның алдын алу.

Ауруханаішілік инфекциялардың (АИИ) алдын алуды көздейтін кез келген шара инфекциялық бақылау (ИБ) тәртібін қатаң түрде ұстануды талап етеді. Сонда ғана стационар ішінде инфекция жұқтырып, оны әрі қарай таратудың алдын алу мүмкін болмақ.

ИБ жүйесінде төмендегідей аспектілер қамтылған:

1. ИБ бойынша басқару құрылымын бекітіп, міндеттерді бөлу.

Акушерлік стационарда (АС) және медицина ұйымдарының әрқайсысында инфекциялық бақылау комитеті (ИБК) құрылып, оның құзыреті бөлімдер мен қызметтерді толық қамтуы тиіс. Комитет құрамына төраға (бас дәрігердің емдеу ісі жөніндегі орынбасары), эпидемиолог дәрігер және/немесе төрағаның көмекшісі, бас акушер, бас медбике және маманданған дәрігерлер (акушер-гинеколог, неонатолог, терапевт, жұқпалы аурулар жөніндегі маман, т.б.) кіреді. Комитет құрамын өзге де мамандарды тарту арқылы ұлғайтуға болады. ИБК міндеттерді бөлу мәселесі мен инфекциялық бақылау шараларын ұйымдастыруға жауапты, сонымен қатар, өткізілетін шаралар бойынша әкімшілікпен келісіп, жұмыс барысын үйлестіріп отырады.

2. Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияларды есепке алып, тіркеу жүйесі.

Акушерлік стационарда және медицина ұйымдарының әрқайсысында госпитальдік инфекцияларды анықтайтын жүйе жұмыс істеуі тиіс.

Госпитальдік инфекциялар (ГИ) дегеніміз стационар жағдайында (перзентханада) туындап, көрініс берген кез келген жұқпалы ауру түрі (жағдайы). ГИ ұғымы инфекция және ауруханаішілік инфекция, немесе МККБИ жұқтыру дегенді білдіреді. Инфекция жұқтыру деп аталған стационарға түскенге дейін жұққан және стационарда көрініс беріп, анықталған жұқпалы ауруларды айтамыз.



басқа да емдеу әдістері мен құралдарын рационалды қолданып, ауруханәшілік инфекциялардың алдын алу және емдеу технологияларын әзірлеу керек болады. Олар айналымдағы штаммдардың тұрақтылығы туралы микробиологиялық деректерді ескере отырып жасалады.

6. Қызметкерлерді оқыту.

Бұл тұрғыдағы басымды бағыт – медициналық ұйымның маманданған ерекшелігін ескере отырып, инфекциялық бақылау мәселелері бойынша әртүрлі профилдегі мамандарды даярлауға арналған сараптамалық бағдарлама әзірлеуге келіп тіреледі. Жұмысқа қабылдау барысында қызметкерлерге арнап инфекцияны бақылау саласы бойынша арнайы оқыту шараларын өткізіп, оларды міндетті түрде әрі қарай жалғастыру қажет болады.

7. Қызметкерлердің денсаулығын сақтау.

Бұл бағыт:

- аталған медицина ұйымында/акушерлік стационарда кәсіби қауіп факторларын анықтап бағалауға;
- тиісті ақпаратты әзірлеп, талдауға;
- кәсіби ауру түрлерінің алдын алу бағдарламаларын әзірлеп, енгізуге негізделеді.

8. Пациенттердің денсаулығын сақтау.

Бұл тұрғыда медбике эпидемияға қарсы төмендегідей санитарлық режим талаптарын орындауы тиіс:

- пациентті тазалыққа және тазалықты ұстануға үйрету, оның ішінде киім-кешектің, төсек-орынның, ыдыс-аяқтың, жеке гигиена және күтім заттарының, бөлменің таза болуын қатаң қадағалау;
- инфекцияның таралуына жол бермеу.

Науқасқа күтім жасау барысында инфекциялық бақылау ережесі сақталмаған жағдайда медицина қызметкері науқастан инфекция жұқтырып, өзге науқастар арасында таратуға жол беруі мүмкін. Медбике осы ескертпені қатаң түрде есте сақтауы тиіс.

Инфекцияны бақылау жүйесінде МККБИ-ді эпидемиологиялық тұрғыдан қадағалау өте маңызды. Эпидемиологиялық қадағалау дегеніміз пациенттерді емдеу нәтижелері мен оған әсер етуші факторлар туралы арнайы бағдарлама бойынша жүйелі түрде ақпарат жинап, алынған мәліметтерді талдау; медицина қызметкерлеріне медициналық көмектің сапасын жақсарту және жұқпалы аурулардың алдын-алу жөніндегі мәселелерді шешуге қажет тиісті ақпарат беру.

Эпидемиологиялық қадағалау барысында инфекцияларды анықтаудың стандартты жолдарын тиімді қолданып, инфекциялардың донологиялық және нозологиялық формаларын белсенді жолмен анықтау әдістерін енгізу, әртүрлі медициналық және диагностикалық процедуралардың әсерін дұрыс бағалауға мүмкіндік беретін стратификацияланған көрсеткіштерді қолдану оң нәтиже береді.

Медицина ұйымындағы эпидемиолог дәрігер медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялардың алдын алуға және оларды төмендетуге бағытталған шараларды негіздеп, ұйымдастырады.

АС практикасына енгізілетін ИБ бойынша ұсыныстардан қандай нәтиже күтеміз?

- ИБ ұйымдастыруда бірыңғай әдістемелік ұстаным қалыптастыруды;
- тиімді ИБ жүйесін құруды;
- босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелердің инфекция жұқтырып, ауруға шалдығуына, олардың нозокомиалды микрофлорадағы колонизациясына жол бермеуді;
 - аурудың ошақтық/топтық түрде таралуын жоюды;
 - жаңа туған нәрестелердің инфекциялық аурулардан шетінеуін және перинаталды ауруларға шалдығуын төмендетуді;
 - жүкті әйелдерге, босанған әйелдерге, босанушы әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге медициналық көмек көрсету жүйесінде медициналық көмек сапасын арттыру әдістемесі мен қағидалары бойынша оқытылған мамандар мен ИБ болуын;
 - медициналық көмектің сапасын жақсартуда ИБ маңызын медицина қызметкерлері түгелдей толық түсініп, түйсінуін;
 - ИБ жүйесінің нәтижелігін арттыруды;
 - пациенттер мен олардың отбасының қажеттіліктерін қанағаттандыруды.

2. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУДЫ БАСҚАРУ ҚҰРЫЛЫМЫ

Инфекциялық бақылау (ИБ) қызметін басқару үшін акушерлік стационарларда Инфекциялық бақылау комитеті (ИБК) құрылады. Оның құзыреті стационар ішіндегі барлық бөлімшелер мен қызметтерді толық қамтиды. Өз жұмысында ИБК нақты бір мекемеге арнап әзірленген және бекітілген ережені басшылыққа алады.



ИБК жұмысының мақсаты: ИБ практикасын жетілдіріп, тиісті ұсыныстарды әзірлеп, дайындау. Бұл ұсыныстар қайта қаралып, әрдайым толықтырылуы мүмкін және тиіс.

Инфекциялық бақылау комитетінің негізгі міндеттері

- эпидемиологиялық сараптама нәтижелері бойынша шешім шығару.
- Медицина ұйымдарында/акушерлік стационарда эпидемиологиялық қадағалау бағдарламалары мен жоспарларын әзірлеу.
- Өткізілетін шараларды емдеу ұйымының басшылығымен келісіп, үйлестіру.
- Стационардағы (бөлімдегі) барлық қызметтердің өзара ықпалдасып, әрекет етуін қамтамасыз ету, сондай-ақ мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалауды (МСЭК) жүзеге асыратын өкілетті органдармен байланыс орнатып, ықпалдасу.

Инфекциялық бақылау комитетінің негізгі функциялары

- Стационарда ИБК ұйымдастыру қағидаларын әзірлеу.
- Инфекцияны бақылау шараларын қаржыландыру және тиісті ресурстармен қамтамасыз ету қаншалықты қажет, мақсатқа сай ма деген мәселелерді шешу.
- Инфекциялық бақылау жоспарының (бағдарламасының) нәтижелерін сарапқа салып, талдау.
- Медициналық ұйым ішіндегі барлық қызметтерге өз жұмысы туралы ақпарат/мәлімет беру.
- ИБ шараларының тиімділігіне баға беру.

ИБК қажет жағдайда жедел шешім шығаруға, сондай-ақ инфекциялық бақылау саласында ұзақ мерзімге негізделген саясат жоспарын әзірлеуге жауапты. Медициналық қызмет сапасын арттыру жүйесін басқару үшін ИБК қаржылай және адами ресурстарды басқару мүмкіндігіне ие болуы керек, оның ішінде: көмекші қызметкерлердің жұмысын төлеу және оқыту материалдарын сатып алу (материалдарға тапсырыс беру), сондай-ақ комитет мүшелерінің кәсіби конференцияларға және жетілдіру шараларына қатысуын қамтамасыз ету мүмкіндігі де ескерілуі тиіс.

Аурухана басшылығының міндеті:

- ИБ бойынша шараларды жүзеге асыруға қажет мәселелерді шешу;
- ИБ тобының қызметіне қолдау көрсету;

Инфекциялық бақылау тобының міндеті:

- инфекциялық бақылауға қатысты барлық мәселелер бойынша қызмет-

керлерге кеңес беріп, пациенттер мен қызметкерлер үшін қауіпсіз эпидемиологиялық орта қалыптастыру;

- жұмыс орындарында тұрақты кездесулер өткізіп, оқыту негізінде аурухана қызметкерлерін түгелдей ИБ бағдарламасы бойынша жұмысқа жұмылдыру;

- негізгі шараларды орындау бойынша эпидемиологиялық қауіпсіз алгоритмдер әзірлеп (тиісті әрекет, амалдар мен процедуралар), жұмыс орындарында тиісті алгоритмдердің орындалуын қамтамасыз ету;

- МККБИ жағдайларын белсенді түрде анықтау жүйесін құру;

- МККБИ даму қаупі бар топтардағы пациенттерге қатысты қолданылатын шаралардың хаттамасын әзірлеу;

- МККБИ ошақ көздерін оқшаулап, шектеуге қатысты қолданылатын шаралардың хаттамасын әзірлеу;

- медицина қызметкерлерімен, МСЭҚ өкілдерімен ықпалдаса отырып, инфекцияның топтық түрде таралу жағдайларын тексеру;

- МККБИ-ді эпидемиологиялық нысаналы негізде қадағалауға қатысып, оның нәтижесі бойынша тиісті шаралар өткізу;

- антибиотиктерді профилактикалық және емдік мақсатта қолдану хаттамасы болуын қамтамасыз ету;

- өзге де міндеттер, оның ішінде, мысалға, тамақ әзірлеу орындарын эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша тексеріп, эпидемиологиялық тұрғыдан қауіпті қалдықтарды жоюды ұйымдастыру және т.б.;

- аурухана әкімшілігімен және медицина қызметкерлерімен өзара ықпалдасып, жұмыс істеу;

- әкімшілікті, инфекцияны бақылау комитетін ИБ проблемалары туралы уақытылы құлақтандырып, тиісті шешім шығаруға ықпал ету.

ИБК құрамына: төраға (бас дәрігердің емдеу ісі бойынша орынбасарларының бірі), госпитальдің эпидемиолог дәрігері және/немесе госпитальдің эпидемиолог дәрігерінің көмекшісі, бас акушер, жұқпалы аурулар жөніндегі маман, кәсіби аурулар жөніндегі маман/профпатолог (немесе медицина қызметкерлерінің кәсіби денсаулығын сақтау мәселелері бойынша арнайы дайындықтан өткен кез келген маман), бактериолог дәрігер (стационардағы бактериологиялық зертхана меңгерушісі), бөлім меңгерушілері (перзентхана, босанғаннан кейінгі бөлім, обсервациялық бөлім, т.т.), дәріхана меңгерушісі, жаңа туған нәрестелер бөлімінің меңгерушісі, балалар бас медбикесі, жансақтау бөлімі мен интенсивті терапия бөлімдерінің (әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге арналған) меңгерушілері немесе реаниматолог/анестези-

олог дәрігерлер және орта деңгейдегі медицина қызметкерлері ұсынылады.

МККБИ-дің алдын алу бағдарламасын тиімді етіп ұйымдастырып, жүзеге асыру үшін ИБК мүшелерінің әрқайсысының негізгі функционалдық міндеті белгіленіп көрсетілуі қажет және де бұл функциялар мен құзыреттердің нақты сипаты берілуі керек.

ИБК мүшелерінің негізгі функциялары.

Төраға:

- ИБК отырыстарын уақытылы, дер кезінде өткізеді;
- ИБ міндеттерінің басымды бағыттарын белгілейді;
- инфекциялық бақылаудың жоспарға сай шараларын өткізуге жауапты тұлғаларды белгілейді;
- ИБК отырыстарында қабылданған шешімдер мен жоспарлар туралы конференциялар барысында баян етеді;
- ИБК қызметінің нәтижесін қорытындылап, сарапқа салады.

Госпитальдің эпидемиолог дәрігері:

- ауруханаішілік инфекцияны (АИИ) эпидемиологиялық тұрғыдан қадағалау шараларын ұйымдастырады (эпидемиологиялық қадағалау бағдарламасын әзірлеп, аталған бағдарлама бойынша мәлімет жинау картасын, перзентхана ішінде ақпарат алмасу схемасын дайындайды);
- ауруханаішілік инфекцияны есепке алып, тіркеуді ұйымдастырады;
- аудандық және қалалық МСЭҚ органдарымен байланыс орнатады;
- ауруханаішілік инфекцияның пайда болу себептерін анықтап, оларды жою шараларын әзірлейді;
- оқшаулап, шектеу шараларының тиімді жолдарын әзірлейді;
- диагностикалық емдеу амалдары мен процедураларының эпидемиологиялық қауіпсіз алгоритмдерін әзірлеуге қатысады;
- ИБ мәселелері бойынша медицина қызметкерлерін оқыту бағдарламаларын әзірлеуге қатысады;
- антибиотиктерді рационалды пайдалану қағидаларын әзірлеуге қатысады;
- ай сайын эпидемиологиялық қадағалау нәтижелеріне сараптама жүргізіп, оның қорытындысын ИБК отырыстарында мәлім етеді;
- эпидемияға қарсы режимді тексеруден өткізеді;
- антибиотиктерді, дезинфектанттарды, антисептиктерді тиімді де рационалды жолмен пайдалану саясатын әзірлейді;
- ИБ мәселелері бойынша бағдарлама жоспарын әзірлеп, медицина қызметкерлерін оқытуды ұйымдастырады.

жеттіліктеріне бағалау жүргізіп, бұларды тоқтаусыз жеткізіп отыруды қамтамасыз етеді.

Бактериологиялық зертхана меңгерушісі:

- мүдделі тұлғаларға инфекциялық бақылау мәселелеріне қатысты мәліметтер бойынша уақытылы әрі тұрақты негізде ақпарат береді;

- инфекциялық бақылаудың нақты проблемалары бойынша арнайы зерттеулер жүргізуге қатысады;

- инфекциялық бақылаудың өзге мүшелерімен бірлесіп, нақты анықтамасы бар микробиологиялық зерттеулер жүргізуге арналған көрсеткіштер тізімін әзірлейді: онда әрбір бөлімшенің бұл зерттеуге деген нақты қажеттілігі көрсетіліп, клиникалық және эпидемиологиялық міндеттері ескеріледі және жүргізілетін зерттеу ауқымы анықталады;

- зертхананың барлық қолданушыларына арналған хаттама (нұсқаулық) әзірлейді (жазбаша құжат), онда зертхананың жұмыс режимі туралы, зерттеу мерзімі мен қосымша жауап алу мүмкіндігі туралы, зерттеу үлгілерін алу әдістері мен тасымалдау және қажетті жағдайда сақтау жолдары туралы, зерттеу қорытындысын алу тәртібі туралы ақпарат беріледі;

- стационар қызметкерлеріне арнап микробиологиялық зерттеулердің нәтижесін дұрыс түсіндіруге негізделген және бактериологиялық зерттеу үлгілерін алу, сақтау, тасымалдау әдістері бойынша қосымша оқыту шараларын ұйымдастырады.

Клиникалық фармаколог:

- бактерияға қарсы препараттарды нақты бір пациентке қатысты рационалды жолмен қолдану саясатын анықтайды;

- госпитальдің эпидемиолог дәрігерімен бірлесе отырып, антибиотиктерді популяциялық деңгейде рационалды етіп қолдану саясатын белгілейді.

ИБК отырыстары айына бір рет өткізіледі. Әр отырыста жүргізілген жұмыс қорытындысы шығарылып, алдағы айдың жұмыс жоспары жасалады және сол жоспардың орындалуына жауапты тұлғалар бекітіледі.

Акушерлік стационарда инфекциялық бақылау ұйымдастыру алгоритмі

Төменде инфекциялық бақылау жүйесін ұйымдастыру құрылымының схемасы берілген. Акушерлік стационардың әрбір бөлімінде дәрігерлер мен медбикелердің күшімен эпидемиологиялық қадағалау (ЭҚ) жүргізіледі. ЭҚ барысында босанушылар, ауруға шалдыққандар немесе субклиникалық формадағылар саны туралы, колонизацияланған нәрестелер (жаңа туған), ауруға шалдыққандар немесе субклиникалық формадағылар саны туралы (инфекциялық жағдайларды анықтаудың стандартты жолдары қолданыла-

ды), орындалатын диагностикалық емдеу амалдарының саны мен сипаты туралы мәліметтер жиналады, былайша айтқанда, қадағалау барысы белсенді түрде жүргізіледі. Ақпарат жеткізетін бөлімшелердің әрқайсысында мәлімет жинау жолдарын арнайы оқып, үйренген медициналық қызметкер болуы керек. Мәлімет базаларын басқару үшін тиісті бағдарламалармен жасақталған компьютерлік техника қолдану қажет. Күн сайын барлық ақпарат емдеу бөлімдерінен госпитальдің эпидемиолог дәрігеріне келіп түседі. Мұнымен қатар, бактериологиялық зертхана қызметкерлері WHONET компьютерлік сараптама бағдарламасының көмегімен бактериологиялық зерттеулердің нәтижесі туралы және зерттеу барысында бөлінген микроағзалардың антибиотиктерге қатысты сезімталдық көрсеткіші туралы мәліметтерді жинақтап, госпитальдің эпидемиолог дәрігерінің назарына ұсынады.

Инфекциялық бақылау жүйесіндегі ақпараттық ағындардың схемасы



Шынайы мәліметтерге негізделіп жинақталған ақпарат эпидемиологиялық диагностика жүргізуге негіз болады, ал эпидемиологиялық диагностиканың мақсаты – перзентханада инфекциялық аурулардың туындауы мен таралуының себептерін анықтау болып табылады.

3. ИБ ЖҮЙЕСІН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖОЛДАРЫ

Акушерлік стационарда инфекциялық бақылау жүйесін микробиологиялық қамтамасыз ету жолдары:

- микробиологиялық тексеруге арналған көрсеткіштер тізімін әзірлеу;
- материал үлгілерін алу техникасын стандарттау және оларды микробиологиялық зертханаға жеткізу;
- микроағзалардың антибиотиктерге сезімталдылығын тестілеу жолдарын стандарттап, зертхана қызметінің сапасын іштей бақылау жүйесін енгізу;
- WHONET компьютерлік сараптамалық бағдарламасын енгізу;
- микробиологиялық зертхана жұмысына микрофлораның антисептиктер мен дезинфектанттарға қатысты сезімталдығын анықтау әдістемесін енгізу;
- перзентхана қызметкерлеріне арнап бактериологиялық зерттеулердің үлгілерін алу, сақтау, тасымалдау әдістері бойынша қосымша оқыту шараларын ұйымдастыру.

Бұл шараларды қолданысқа енгізу эпидемиологиялық диагностика жүйесін жетілдірумен қатар (оперативті және ретроспективті эпидемиологиялық тиімді сараптама), емдеу мекемесінде микроағза штаммдарының қалыптасуына мониторинг жүргізуге мүмкіндік береді.

Ауруханаішілік инфекцияларға микробиологиялық диагностика жасаудың бірыңғай жүйесін құру үшін акушерлік стационарда антибиотикалық профилактика мен антибиотикалық терапияны ұйымдастырудың бірыңғай тактикасы мен стратегиясын қолданумен қатар, халықаралық стандарттарға сай микробиологиялық мониторинг жүйесін әзірлеп, енгізу қажет.

Акушерлік стационардың барлық бөлімдеріне қатысты, яғни жүкті әйелдердің патологиясы, акушерлік-бақылау, ересектерге арналған интенсивті терапия палаталарына (ИТП), жаңа туған нәрестелер мен балаларға арналған ИТП бөлімдеріне қатысты «Микробиологиялық зерттеулердің стандарттарын енгізу туралы» бұйрық шығару керек. Ол, сондай-ақ микробиологиялық зерттеуге жіберудің стандартты формасын енгізуді де реттейтін болады.

4. МККБИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

ИБ жүйесіндегі іс-шаралардың тиімділігін негіздеп, бағалау үшін қажетті эпидемиологиялық диагностиканы госпитальдің эпидемиолог дәрігері жасайды, ол ақпарат жинаудың арнайы формаларын әзірлеп, аурулар мен тәуекел факторлары туралы тиісті мәліметтер базасын жүргізеді.

Осыған орай әрбір акушерлік стационарда:

- АИИ жиілігі мен құрылымын, олардың медициналық, әлеуметтік-экономикалық маңызын, сондай-ақ негізгі қауіп топтары/бөлімдері мен жетекші тәуекел факторлары туралы мәліметтерді ескере отырып, эпидемиологиялық диагностиканың нақты мақсаттары мен міндеттері тұжырымдалуы қажет;
 - ақпарат ағындарының құрылымын, мазмұнын, бағытын, ақпарат көздерін, ақпаратты сақтау және өңдеу жолдарын қамтитын ақпарат жинау процедурасын әзірлеу қажет;
 - ақпарат жеткізуші бөлімдердің әрқайсысында стационар қызметкерлері арасынан мәлімет жинауға жауаптыларды белгілеу қажет;
 - мәліметтер базасын басқару үшін тиісті бағдарламалармен жабдықталған компьютерлік техниканы пайдалану қажет;
 - жинақталған мәліметтерді сыртқы көздерден алынған деректермен салыстыру мүмкіндігін қамтамасыз ету қажет, бұл үшін алынған мәліметтердің саны мен сапасы аталған міндетке сай болуы керек;
 - ішкі және сыртқы негізгі тәуекел факторларының әсерін ескере отырып, мәліметтерді стратификациялауды, ал қажет жағдайда негізгі сырқаттың ауырлығы мен сипатына және пациенттің физиологиялық жағдайына сандық бағалау беруді қамтамасыз ету қажет;
 - диагностиканың сараптамалық әдістерін белсенді қолдану қажет.
- Эпидемиялық жағдай ойдағыдай болғанда белсенді түрде кезеңдік нысаналы эпидемиологиялық қадағалауға көшу керек.

Тиімді эпидемиологиялық қадағалау жүргізу үшін:

- қадағалау мақсаттары мен міндеттерін анықтау бағдарламасын, жиналатын мәліметтердің жиынтығын, сараптау әдістері мен нәтижелерін хабарлау дизайнын әзірлеу қажет;
- эпидемиологиялық көрсеткіштерді стратификациялау («бөлу») үшін, бөлгіштердің ең аз тізімін әзірлеп, енгізу қажет;
- қажетті мәліметтерді жинау үшін арнайы форма әзірлеп, енгізу қажет;
- жансақтау және интенсивті терапия бөлімдерінде госпитальдік инфекцияларды барынша қадағалап, мониторинг жүргізуді ұйымдастыру қажет;

- кесар тілігі операциялары нәтижесіне тұрақты түрде эпидемиологиялық қадағалау ұйымдастыру қажет;

- госпитальдегі эпидемиолог дәрігерге сараптамалық зерттеу әдістерін игеруді міндеттеу қажет;

- ИБ жүйесінің тиімділігін бағалаудың өлшемдік кешенін әзірлеп, пайдалану қажет (сапа индикаторы).

Акушерлік стационарда эпидемиологиялық диагностика жүйесін құру барысында төмендегідей талаптар ескерілуі тиіс:

1. Ақпараттық база құру, онда мынадай ақпараттық ағын қамтылуы қажет:

- клиникалық диагноз қоюдың стандартты өлшемдерін қолдана отырып, АИИ барлық формаларын (клиникалық түрдегі де, субклиникалық та) толығымен есепке алу туралы мәліметтер; диагностикалық емдеу процесіне қатысты іріңді-септикалық инфекциялардың (ИСИ) қауіп факторлары туралы мәліметтер (эпидемиологиялық маңызды инвазиялық қатысуды есепке алу);

- ішкі қауіп факторлары туралы мәліметтер, оның ішінде босанушы әйелдер мен жаңа туған нәрестелердің ілеспелі патологияларына баға беру де бар;

- микробиологиялық диагностика мәліметтері, оның ішінде түрішілік сәйкестендіру нәтижелері де бар (төзімділікті бағалауды қосқанда);

- перзентханадағы эпидемияға қарсы санитарлық режим жағдайы туралы мәліметтер.

2. Іс-шаралардың тиімділігін бағалау үшін ретроспективті эпидемиологиялық сараптама жүргізу.

3. Іріңді-септикалық инфекцияның эпидемиялық процесінің фазалық жағдайын диагностикалауды, емдеу мекемесінде штаммдардың түзілуіне мониторинг жүргізуді, уақытылы диагноз қоюды және топ болып ауыру жағдайларын тексеруді қамтамасыз ететін оперативті эпидемиологиялық сараптама жүргізу.

4. Эпидемиологиялық сараптама нәтижелерімен перзентхананың мүдделі мамандарын таныстырып, талқылау.

Босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелердегі ИСИ жағдайлары туралы мәліметтер базасын қалыптастыру көзі болып МСЭҚ органдарындағы ресми тіркеу мәліметтері мен субклиникалық (донозологиялық) жағдайларды ішкі тіркеу нәтижелері табылады. Босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелердегі ИСИ белгілерінің эпидемиологиялық мониторингі жүйесі госпитальдің эпидемиолог дәрігері үшін де, клиницист үшін де пайдалы, өйткені ол диа-

гностикалық емдеу процесінің ажырамас бір бөлігі. Өз тарапынан клиникалық профильдегі дәрігерлер бұл жүйені емдеу шараларына кедергі келтіруші фактор ретінде қарастырмайды. ІСИ жағдайлары бойынша мәліметтерді жинауға тікелей қатысып, орындаушылар – клиницист дәрігерлер мен орта медициналық персонал, яғни диагностика мен емдеу процесіне тікелей қатысы бар мамандар.

ІСИ белгілерін анықтауға медбикелердің қатысуы ДДҰ қабылдаған «медбике диагнозы» ұғымына негізделеді. Бұл үшін жаңа туған нәрестелерге арналған интенсивті терапия палаталарының медбикелеріне, акушерлерге, балалар медбикелеріне, ота бөлімдерінің медбикелеріне қатысты арнайы формалар әзірленіп, енгізілуі керек (қосымшалар). Аталған формаларды толтыру кезінде ІСИ диагнозын қою қарастырылмайды, бірақ пациенттердің әртүрлі санаттарында іріңді-септикалық инфекцияның клиникалық нақты белгілерін уақытылы анықтап, ескеру қажет, мысалға, кесар тілігі жолымен босанған әйелдерде, физиологиялық жолмен босанған әйелдерде, ана мен балаға ортақ жаңа туған нәрестелер палатасында, жаңа туған нәрестелерге арналған интенсивті терапия палаталарында.

Жаңа туған нәрестелерге арналған интенсивті терапия палаталарында ІСИ белгілерін анықтау – инвазивті амалдарды күнделікті есепке алу арқылы қауіп факторларының белсенділігін бағалаумен қатар жүзеге асырылады.

Мониторинг үзіліссіз жүргізіліп, стационарға түскен (дүниеге келген) сәттен, стационардан шыққанға дейінгі (басқа жаққа ауыстыру, бақи болу) кезеңді қамтуы тиіс.

Босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелерде перзентханадан жазылып шыққан соң (босанғаннан кейін/дүниеге келген соң) 30 күн ішінде ІСИ жағдайлары орын алған жағдайларда ақпарат көзі болып МСЭҚ органының ресми тіркеуі туралы мәлімет танылады.

5. ИБ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЭПИДЕМИЯЛАРҒА ҚАРСЫ ШАРАЛАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ

МККБИ профилактикасы медициналық көмек көрсетумен айналысатын барлық қызметтер мен тұлғалардың міндеті болып табылады. Пациенттер мен қызметкерлердің инфекция жұқтыру тәуекелін төмендету үшін барлық қызметтер мен тұлғалардың бірлесе жұмыс істеуі маңызды. Бұл тұрғыда әсіресе пациенттерге күтім жасайтын қызметкерлерге жүктелетін жауапкершілік өте зор.

Денсаулық сақтау саласындағы стандартты сақтық шаралары

Стандартты сақтық шаралары патогенді микроағзалардың гематогендік (қан арқылы таралатын) және басқа да белгілі не белгісіз жолдармен таралу қаупін төмендетуге бағытталған. Олар инфекцияларды бақылаудың базалық профилактикалық шаралары болып табылады және де барлық пациенттерді емдеу және күту барысында кеңінен қолданылуы тиіс. Стандартты сақтық шараларының маңызды компоненті – қол гигиенасы – медициналық көмек көрсетумен байланысты патогендердің таралуының алдын алуда мейлінше тиімді әдістің бірі болып саналады.

Пациенттермен қандай да бір байланыс жасағанда, яғни науқасты қарау, емдеу, оған күтім жасау, т.т. жағдайларда емдеу мекемесіндегі медицина қызметкерлері төмендегідей сақтық ережелерін қатаң ұстанып, орындауы тиіс:

- қол гигиенасы;
- форма кию ережелері;
- медициналық қолғап;
- медициналық алжапқыш.

Қол гигиенасы пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге барынша ықпал етеді. Бұл МККБИ деп танылған көптеген микробтардың таралуына жол бермеуді көздейтін қарапайым да арзан амал. Әрине, МККБИ-мен күрес жолында қол гигиенасы бірден-бір жалғыз шара дей алмаймыз, әйтсе де қол гигиенасын қатаң түрде ұстану нәтижесінде пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету мүмкіндігі барынша арта түседі. Өйткені, МККБИ қоздырушы микробтар пациенттер арасында медицина қызметкерлерінің қолдары арқылы жұғып, тарайтыны бүгінде ғылыми негізде зерттеліп, дәлелденген [3].

Қолды қашан жуу керек?

ДДҰ ұсыныстарына орай:

1) пациентті қолдағы зиянды микробтардан қорғау үшін, қолды пациентті қарамай тұрып, жуу керек;

2) пациентті зиянды микробтардан қорғау үшін, оның ішінде пациенттің өз бойындағы микробтардан да, бұл микробтардың пациент ағзасына өтуіне жол бермеу үшін – қолды тікелей асептикалық процедураларды орындау алдында жуу керек;

3) пациенттің бойындағы зиянды микробтардан медициналық мекемедегі қоршаған ортаны және пациентті қараушы маманның өзін қорғау үшін,

биологиялық сұйықтықтармен ластану қаупі орын алғанда (және медициналық қолғапты шешкенде) бірден қол жуу керек;

4) пациенттің бойындағы зиянды микробтардан медициналық мекемедегі қоршаған ортаны және пациентті қараушы маманның өзін қорғау үшін, пациентпен және пациенттің айналасымен тікелей байланыс болған жағдайда, пациент орналасқан орын/бөлме/палатадан шыққанда бірден қол жуу керек;

5) тіпті, пациенттің өзімен тікелей байланыс болмағанның өзінде, пациенттің айналасындағы қандай да бір затқа немесе жиһазға қол тигізген болсаңыз, пациенттің бойындағы зиянды микробтардан медициналық мекемедегі қоршаған ортаны және өзіңізді қорғау үшін шығар алдында бірден қол жуу керек [4].

Қол жуудың ұсынылған әдісі

(қолдағы әрбір қимыл кем дегенде 5 рет қайталануы тиіс)



Алақандарыңызды бір-біріне ысқылаңыз



Оң алақаныңызбен сол алақаныңыздың сырт жағын, сосын керісінше



Саусақтарыңыздың ішкі жағын жоғарыдан төмен қарай ысқылаңыз



Оң алақаныңызды сол қолдағы саусақтардың сырт жағымен ысқылаңыз және керісінше



Саусақтарыңызды айналдыра отырып, ысқылаңыз



Айналдырар қимылмен алақандарыңызды кезек-кезек ысқылаңыз

Мына слайдта ДДҰ ұсынған қол жуудың қолданыстағы әдісі көрсетілген.

Жеке қорғаныс құралдарын қолдануда, қол гигиенасымен қатар, тәуекел деңгейін, қанмен және өзге де биологиялық сұйықтықтармен немесе патогендермен байланысқа түсу мүмкіндігін ескеріп, әрекет ету керек [5].

Жеке қорғаныс құралдары:

Жеке қорғаныс құралдары (ЖҚҚ) инфекцияланған агентпен немесе бойында инфекцияланған агенттер болуы ықтимал ағзадағы сұйықтықтармен тікелей байланыс жасаудан сақтайды, яғни медицина қызметкері мен инфекцияланған материал арасындағы өзіндік кедергі қызметін атқарады. Медициналық қолғап қолдарыңызды қорғайды; медициналық халат не алжапқыш теріні және/немесе киіміңізді қорғайды; медициналық маска және респиратор аузыңызды, мұрныңызды қорғайды; көзілдірік – көзді, ал бет қалқандары бетіңізді қорғайды.

ЖҚҚ қолдануда негізгі төрт талапты есте сақтап, ескеру қажет [6]:

1) Жеке қорғаныс құралдарын пациентпен байланыс жасар алдында киіп, қолдану керек, әдетте пациент орналасқан орын/бөлме/палатаға кірер алдында.

2) Ластанудың таралуына жол бермеу үшін ЖҚҚ қолдануда өте абай болу керек.

3) Пациентті қараған соң жеке қорғаныс құралдарын абайлықпен шешіп, қалдықтарға арналған тиісті қоймаға тастау керек.

4) Бұдан соң бірден қол жуып, қол гигиенасы ережелерін орындау керек, тек содан кейін ғана келесі пациентті қарауға болады.

Қолғаптарды қолдану.

Медициналық қолғаптарды қолданудың негізгі екі себебі бар:

1) пациенттің қанынан не оның ағзасындағы өзге де биологиялық сұйықтықтардан қолдың ластану қаупін төмендету үшін;

2) инфекцияның медицина қызметкерінен пациентке жұғу қаупін төмендету үшін (және керісінше), сондай-ақ инфекцияның пациенттер арасында таралу қаупін төмендету үшін.

Ескеретін жайт: қолғап қолданғанда да ҚОЛ ЖУУДЫ ұмытпау қажет! Қолғапты КИЕР АЛДЫНДА және ШЕШКЕННЕН КЕЙІН, қолдарыңыз қаншалықты стерильді болса да, қолыңызды жуу керексіз [7].

Қолғаптарды қауіпсіз етіп қолдану барысында:

- қолғаптарды киюдің дұрыс техникасын ескеру қажет: ол қолғаптардың жылдам ластануының алдын алады;

- қолғаптарды шешудің дұрыс техникасын ескеру қажет: ол қолыңыздың ластануының алдын алады.

Басқа пациентті/инфекция көзін қарар алдында қолғаптарыңызды міндетті түрде ауыстырыңыз. Егер қолғап жыртылып не тесіліп қалса, оны дереу ауыстырып, қол гигиенасының шарттарын толығымен қосымша орындау керек.

В (HBV) гепатиті, С (HCV) гепатиті және АИТВ инфекциясы кең тараған елдерде ұзақ уақытқа негізделген хирургиялық амалдарды орындауда (>30 минут), қанның не биологиялық сұйықтықтардың ауқымды мөлшерімен байланыс жасауға негізделген процедуралар барысында, тәуекелі жоғары ортопедиялық процедуралардың бірқатарын орындағанда қос қолғап қолдану қатардағы жағдай болып табылады.

Оқиғалардың рационалды ретіне қарай медицина қызметкерлері кей процедураларды мейлінше дұрыс жоспарлап, орындауды үйренуі керек және де жұмыс барысында мүмкіндігінше «жанаспау» техникасын қолдануы керек, сөйтіп қолғаптарды қолдану қажеттілігі мен оларды ауыстыру жиілігін барынша төмендетуге болады.

Ескеретін жайт: мұнай өнімдері негізінде жасалған қолға жағатын лосьондар мен иісмайларды қолдану латекс қолғаптардың бүтіндігіне кері әсер етуі мүмкін, ал спирттік негіздегі қолға жағатын гигиеналық құралдардың бірқатары денсаулық сақтау қызметкерлерінің қолында қалған тальк ұлпасының қалдығымен реакцияға түсуі мүмкін.

Медициналық киім кию ережелері:

- киім белгіленген нұсқада болуы тиіс;
- шолақ жең;
- ешқандай жүзік, сақина болмауы тиіс;
- ешқандай қол сағат болмауы тиіс;
- ешқандай білезік болмауы тиіс;
- ластанғаны көзге түсіп тұрса, форманы қажеттілігіне қарай алмастырып кию керек (күн сайын болса да);
- медициналық киімді медицина мекемесінен тыс шығаруға болмайды.

6. БОСАНУДЫҢ ҒЫЛЫМИ ДӘЛЕЛДЕНГЕН ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ЕНГІЗУ

Әдетте МККБИ босандыруға қатысты инвазиялық процедуралар кезінде орын алады. Сондықтан да қажетсіз акушерлік араласу амалдарынан бас тарта отырып, ғылыми дәлелденген технологияларды тәжірибеге енгізу арқылы инфекцияның ықтималдығын азайтуды ойластырған дұрыс.

Мысалға, вагиналдык босануға дайындық барысында **жыныс органдарын қырып, тазарту клизмаларын қою** дұрыс деп саналмайды. Босанудан кейінгі кезеңде және неонаталдық аурулар барысында көрініс берген аналардың бойындағы инфекциялық асқынулар жиілігі сарапқа салынғанда, аталған процедуралардың орындалып/орындалмауы бойынша ешқандай айырмашылық табылмаған. Бұл жүйелі түрде жарық көретін РБС Рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) шолуларында негізделіп, көрсетілген. Жыныс органдарын қыру процедураларынан бас тартқан әйелдерде Грам- бактерияларын жұқтыру жиірек кездескен [8, 9].

Жеке босану палаталарын пайдалану да ауруханаішілік инфекциялардың алдын алуға ықпал етеді:

- босану палатасы таза болу керек, бірақ стерильді емес;
- әрбір босанудан кейін, керует те, еден де сабынмен не басқа да қолайлы жуғыш затпен жуылып, сүртілуі тиіс;
- палата азынақсыз, жылы болуы керек; жақсы жарықтанған әрі үйдегі жағдайға жақын болғаны дұрыс; сол сияқты, босану барысына серіктестің не отбасы мүшелерінің қатысу мүмкіндігі ескерілуі керек [10].

Палатада сондай-ақ босануда қолданылатын жабдықтар болуы тиіс:

- сағат, минут, секунд тілдері бар қабырға сағаты: ол ана мен ұрықтың жүрек қағысының жиілігін және ананың толғағын дәл анықтап, бағалау үшін, қажет жағдайда реанимациялық амалдарды бастау үшін керек;
- жылытуы бар таза үстелше: ол жаңа туған нәрестеге реанимация амалдарын (қажет жағдайда) қолдану үшін керек;
- нәрестені сүртуге арналған жылы сүлгі, жаялық-жөргек (қажет жағдайда нәресте телпегі ретінде де қолдануға болады);
- аспирация құралы (катетер не үрімше);
- кіндік кесуге қажет қысқыштар жинағы;
- реанимация үшін қажетті дәрі-дәрмектер (К витамині, көз майы, т.б.);
- әрбір босану алдында реанимация құралдары алдын ала жинақталып, сақадай сай дайын тұруы тиіс (нәрестенің өлшем параметрлеріне қарай арнайы қапшық, маскалар, т.т.);
- нәресте телпегі, шұлығы, жылы жаялық-жөргек, жылы көрпе және міндетті түрде электронды термометр немесе төмен температураларға арналған термометр (-35°C), ол нәрестенің дене температурасын анықтау үшін қажет [11].

Таза (стерильді емес) босану – акушерлік стационардың медицина қызметкерлері тазалық талаптары мен қағидаларын толыққанды қамтамасыз еткен жағдайдағы босану деген сөз. Бұл тұрғыда:

- қол тазалығы;
- құрал-жабдықтар мен жиһаз тазалығы; және:
- тазалық жағдайында кіндік кесу өте маңызды.

Қолды жуу инфекция жұқтыруға жол бермеудің қарапайым да тиімді әдісі болып табылады. Қолды сабынмен және сумен жуып, жеке сүлгімен құрғатып, сүрту керек. Бұл – **бактериялардың өсіп-таралуының алдын алуда өте маңызды** [11,12].

Медицина қызметкерінің қолында қолғап болуы тиіс, әсіресе, қандай да бір биологиялық сұйықтықтармен жанасу барысында, мысалға, қан, қағанақ сұйықтықтарымен, плацентамен (ұрықжолдас), аспап-құралдармен және т.б. байланыс барысында. Сол сияқты, су өткізбейтін алжапқыш қолданып, көзді қорғау жолдарын да ескеру керек.

Қалдықтарды қауіпсіз жолмен жойып, утилизациялау кез келген медициналық мекемеде инфекцияның таралуын бақылаудың маңызды құрамдас бөлігі болып есептеледі [13, 14].

Босанудың 1-ші кезеңінде босанушы әйелдің тік күйінде еркін жүріп-тұруы босану ұзақтығын қысқартып, кесар тілігі жолымен босану қаупін, эпидуралдық аналгезия қабылдау қажеттілігін төмендететіні туралы нақты дәлелденген маңызды деректер бар [15].

Босанушы әйелге өзіне ыңғайлы күйде босану мүмкіндігін беріп, бұл үшін оған босанудың әртүрлі ыңғайлы күйлерін көрсетіп, үйрету керек, мысалға, тұрып, отырып, қырынан жатып босану деген сияқты [16].

Босанудың 2-ші кезеңін жүргізу тактикасында босанушы әйелдің иілгіш икемділігі, оның ішінде тігінен тұрғанда да; ауырсынуды басудың орынды әдістері; толғақты кейінге қалдыру ұстанымдары (егер босанушы әйел күшпенгісі келмесе) – осының бәрі **қынапта босандыру операцияларын қолдану қажеттілігін төмендетуі мүмкін** [16-18].

Босанудың 2-ші кезеңінде орын алуы ықтимал шат аймағындағы жарақаттарды азайтуға бағытталған амалдарға төменде келтірілген мысалдарды жатқызуға болады:

- **Эпизиотомияны шектеулі қолдану** (тек дәрігердің қатаң көрсетуімен ғана!). Бұл амалдың өзіндік артықшылықтары: шат аймағының артқы тұсында жарақат аз болады, тігіс салу қажеттілігі азаяды; асқыну жиілігі төмендейді, қынап және шат аймағындағы ауыр жарақаттар жиілігі мен ауырсыну деңгейінде айырмашылық болмайды. Алайда эпизиотомияны шектеулі қолдану – шат аймағының алдыңғы тұсындағы жарақат қаупін арттыра түседі [19].

Босанудың 3-ші кезеңін жүргізудің белсенді тактикасы әлі күнге дейін озық практика саналады. Сонымен бірге бұл кезеңде утеротониктер қолдану мейлінше маңызды болып табылады. Окситоцин *босанғаннан кейінгі қан кетудің алдын алуға және емдеуге* таңдалған препарат болып табылады. Егер окситоцин қолжетімді болмаса, онда перроралды (ауыз арқылы қолданатын) мезопростол тағайындау керек [20, 21].

Жаңа туған нәрестеге күтім жасаудың негізгі кезеңдері оның жатырдан тыс өмір жағдайына ойдағыдай бейімделуін қамтамасыз етуге бағытталған. Бұл кезеңдерді есепке алмау салдарында жаңа туған нәрестенің бойында қиындықтар туындап, инфекциялардың дамуына әкеліп соғуы мүмкін.

1. Нәрестені дүниеге келген сәтінде бірден жылы жаялықпен құрғатып, сүртіп анасының ішіне жатқызады («теріні теріге тигізу»). Нәрестенің басына телпегі, аяғына шұлығы кигізіледі. Анасының ішіне жатқызылған нәрестені алдын ала жылытып, әзірлеп қойған жаялықпен және көрпешеммен жауып, орайды.

2. Нәрестенің кіндігі ол дүниеге келген сәттегі 1-ші минуттың соңында кесіледі, бұл кезде нәрестені анасының кеудесіне жатқызу керек.

3. Кіндік кесудегі мейлінше тиімді әрі арзан тәсіл – зарарсыздандырылған резеңке, сол сияқты пластмасс қысқыш пен Роговин қапсырмасын қолдануға да болады.

4. Дәрігерге қаралмаған не АИТВ жұқтырған әйелдерді босандыру барысында нәрестенің кіндігін кесуде, қанның шашырауынан сақтану үшін кіндік үстіне алдын ала шағын дәке таққан дұрыс.

5. Дүниеге келгеннен кейін бір сағат өткенде анасының ішіне жатқызылған нәрестеге көз қарығының (конъюнктивит) алдын алу амалдары жасалады. Босану залында 1%-дық тетрациклин жақпа майын жағуға рұқсат беріледі. Көзге май жағу процедурасын ана мен бала арасында көздік байланыс орнаған соң ғана жүргізген дұрыс.

6. Шырышты сору физиологиялық шара болып табылмайды, ол тек дәрігердің көрсетуімен ғана орындалады (қағанақ суы нәресте тоңғағымен (меконий) не қанмен барынша ластанған болса).

7. Нәрестенің бойында геморрагиялық аурудың (қанағыштық дерт) туындауының алдын алу үшін К дәруменін енгізу ұсынылады.

8. Нәресте дүниеге келген соң екі сағаттан кейін оның салмағын өлшеп, толық тексеріп қарауға болады. Нәрестенің кіндігін зарарсыздандырылған (стерильді) майлықпен сүрту керек. Кіндікті басқалай өңдеп, тазартудың қажеті жоқ. Нәрестенің терісіндегі шырышты ылғалды қалдыру керек. Ол

нәрестенің терісін зақымданудан және инфекциялардан қорғап тұратын физиологиялық қабыршық болып табылады.

9. Нәрестені алғаш рет анасының кеудесіне салып, емізуді босану палатасында, ана мен бала толықтай дайын болғанда, әдетте нәресте дүниеге келгеннен соң 40-60 минуттан кейін бастаған дұрыс. Медицина қызметкерлері бұл процесті бақылауға алып, ананың әрекеттері дұрыс екендігіне көз жеткізуі керек.

10. Егер анасы седативті препараттар әсерінен шыға алмаса немесе болдырап, шаршаған болса, медицина қызметкерлері нәрестеге анасының омырауын бірден тауып, еме бастауына көмектесуі керек.

11. Нәресте дүниеге келген сәттен бастап, алғашқы емізу аяқталғанша нәресте анасымен бірге болғаны дұрыс, бұл тұрғыда медициналық қызметкерлер ана мен баланың өзара тығыз байланыс орнатуына жағдай жасау керек.

Жаңа туған нәрестені анасының денесіне жатқызып, «теріні теріге тигізу» әдісінен бастап, алғашқы емізуге дейінгі шаралар (босану палатасында) нәресте ағзасын анасының микрофлорасымен толықтыруға ықпал етеді, былайша айтқанда, нәрестенің болашақ тіршілік ортасына сай штаммдар жиынтығымен.

Жаңа туған нәрестені кесар тілігі арқылы шығарып алған жағдайда, ана мен баланың «теріден теріге» өзара байланысы операция залында, анасы баласын іздей бастаған сәттен-ақ жасалуын ескеру қажет (егер босанған әйелдің жағдайы келсе). Егер босанушының жағдайы келмей жатса, «тері арқылы байланыс орнатуда» нәрестенің әкесінің кеудесіне жатқызуға болады.

Шала туған немесе науқас нәрестелерге қатысты жағдайларда бұл балалар бірден интенсивті терапия палаталарына жатқызылады және олар өз бетімен еме алмайды, сондықтан да жас босанған анаға бірден босану залында кеуде сүтін сүзіп, баласына уыз сүтін әзірлеуді үйрету керек. Жаңа туған нәрестеге анасының уыз сүтін қандай да бір балама жолды қолдана отырып (саптаяқ не шприц көмегімен, т.т.) беруді ескеру қажет, бұл өте маңызды.

Жас босанған ана босану палатасында болған кезде, интенсивті терапия палатасына жатқызылған науқас баланың қасында әкесі немесе өзге де жақын туысы (отбасы мүшесі) бола алады.

12. Егер ана жеке палатада босанған болса, ана мен бала бұл палатада толық жазылып шыққанға дейін қала алады. Жалпы босану залында босанған болса, жаңа туған нәресте мен ананы 2 сағаттан кейін босанудан кейінгі бөлімге ауыстырады.

Босанудан кейінгі кезеңдегі күтім.

- Ана мен бала тәулік бойы бірге болады.
- Бала күтімін анасы медицина қызметкерлерінің басшылығымен өзі жүргізеді.
- Нәрестені емізу режим бойынша емес, баланың өз қалауымен орындалады: нәресте «қашан және қанша қаласа да; күндіз де, түнде де».
- Емшекті антисептикалық өңдеудің қажеті жоқ.
- Қандай да бір сыртқы араласу амалдарынсыз-ақ кіндік қалдығын құрғақ етіп ұстау: кіндік қалдығына нәжіс және зәр түспеуін ескеру қажет.
- Ағайын-туыстар еркін қатынап келе алады.
- Ана мен бала өз киімдерін қолдана алады.
- Медицина қызметкерлері үшін маска, қалпақ киіп жүру қажеттілігі жоқ.
- Нәрестені қарағанда бір рет пайдаланатын қолғап кию міндетті.
- Ана мен бала бір керуетте жатып, ұйықтай алады.

Кесар тілігі жолымен дүниеге келген нәрестеге арналған операциядан кейінгі палатада ана мен баланың бірге болуына барлық жағдай жасалу керек. Нәресте күтімін балалар медбикесі немесе жаңа туған нәрестеге күтім жасауды үйренген медбике-анестезист орындауы тиіс. Ана мен бала күтіміне ағайын-туыс тарапынан да көмек болуы әбден мүмкін.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ:

1. World Health Organization. Patients Safety. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide 2011.
2. Основы инфекционного контроля: практическое руководство. Е.А. Бурганскаяның редакциялауымен. Вашингтон, 1997.
3. The golden rules for hand hygiene best practices Benedetta Allegranzi Internal Lead Clean Care is Safer Care WHO Patient Safety ESCMID/WHO WCC/GINERB-SIMIT Workshop Rome, 30 November-2 December 2011).
4. World Health Organization. Patient Safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009).
5. World Health Organization. Global Alert and Response. Aide Memoire. 2007.
6. Centre for Disease Control - CDC. Guidance for the selection and use of Personal protective Equipment in Health Care Settings 2004).
7. National Clinical Guideline Centre NCGC, National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. Infection: prevention and control of health-care associated infections in primary and community care. 2012
8. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1 (assessed as up to date in 2008, no further update existing in Aug 2014).
9. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 22; 7:CD000330. Doi: 10.1002/14651858. CD000330. Pub4.
10. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practical guide. WHO, Geneva, 1996. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.
11. World Health Organization, Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, 1996.
12. WHO guidelines on hand hygiene in health care. WHO, Geneva, 2009.
13. WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva, 2006.
14. WHO, Guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, 2009.
15. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct. 9;10: CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
16. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. 2-ші шығарылым., 2015, модуль 5С.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Operative vaginal delivery. London (UK): RCOG Press, 2005, Guideline no. 26.



18. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for operative vaginal birth. Clinical practice guideline No 148, J Obstet Gynaecol Can, August 2004, 26, 747-53.

19. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21; (1):CD000081. Doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

20. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO: Geneva.2012.

21. WHO. Recommendations on prevention and treatment of postpartum haemorrhage Highlights and Key Messages from New 2012 Global Recommendations.

