

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ, СТОЛБНЯКУ И КОКЛЮШУ У МЕДИЦИНСКИХ РА- БОТНИКОВ

*Басов А.А., к.м.н., Максимова Н.М., д.м.н., Адугюзелов С.Э.
ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва*

Особый интерес для исследователей фактической защищенности населения от инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, представляет такая категория риска заболевания и серьезных осложнений как медицинские работники. Поскольку именно эта профессиональная когорта может являться источником инфекции для детей младше одного года. Исследователи отмечают высокую защищенность этой группы от дифтерии и столбняка, что обусловлено проведением ревакцинации взрослого населения каждые 10 лет, и обращают внимание на слабую защиту против коклюша – последнюю прививку получают в возрасте до 3-х лет.

Нами исследованы методом ИФА 400 сывороток медицинских работников в возрасте от 18 до 59 лет, проживающих и работающих на территории Московской области, на наличие антител к коклюшу, дифтерии и столбняку. Обследованные были привиты в соответствии с Национальным календарем прививок и не болели коклюшем или дифтерией. Результаты оценивались по четырем возрастным группам: 18-29 лет (108 сывороток), 30-39 лет (153 сывороток) 40 – 49 лет (94 сыворотки), 50-59 лет (99 сывороток).

Исследования показали, что 441 (96,9±0,9%) медицинский работник имел достаточный уровень защиты от столбняка, у 451 (99,1±0,977) выявлены антитела к дифтерии. Доля серонегативных к столбняку и дифтерии по возрастным группам колебалась от 0,0% до 15,2% и от 0,0 до 3% соответственно.

Больше всего серонегативных было выявлено к коклюшной инфекции. Из 455 обследованных 255 медицинских работников не имели антител к коклюшу (56,04±0,61). Доля серонегативных в каждой возрастной группе колебалась от 50,0±0,61% до 65,4±0,73%

Таким образом, проведенные исследования выявили высокий уровень за-

щищенности медицинских работников от дифтерии и столбняка (что объясняется повышенным вниманием представителей данной профессиональной когорты к своевременной вакцинопрофилактике) и напротив, значительный процент серонегативных результатов к коклюшу. Полагаем, что для защиты от коклюшной инфекции детей в возрасте до 1 года, целесообразно вакцинировать контактирующих с ними медицинских работников, используя бесклеточную вакцину, что успешно практикуется в ряде европейских стран.

АНТИМИКРОБНЫЕ ТКАНИ В СИСТЕМЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗО- ПАСНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*Белова А.С., Федорова Л.С.
ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, Москва*

Изделия из тканей в медицинских организациях (МО) - постельное и нательное белье, одежда медицинского персонала, пеленки новорожденных, салфетки и т.д. - могут быть загрязнены биологическими жидкостями (кровь и др.), выделениями больных (моча, фекалии, мокрота) и контаминированы патогенными и условно-патогенными микроорганизмами (бактериями, вирусами, грибами), в связи с чем являются фактором передачи внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Одним из направлений профилактики ВБИ при использовании текстильных материалов в МО является придание тканям антимикробных свойств за счет включения в их состав антимикробных добавок в процессе их производства или пропитывания раствором дезинфицирующего средства. В качестве антимикробных веществ используют серебро (в виде солей или наночастиц), соединения цинка, меди, ацетилпиридиний хлорид, гексахлорофен, полимерные соединения гуанидинов и другие. Антимикробные ткани подавляют рост микроорганизмов и тем самым препятствуют распространению инфекционных болезней. Например, лабораторные исследования антимикробной активности тканей (натуральные хлопковые и смесовые), пропитанных в производственных условиях 2%-ным раствором дезинфицирующего средства, содержащего 1,35% хлорида серебра с функциональными добавками, показало, что бактерицидное действие в отношении *E.coli* и *S.aureus* наблюдается через 24 часа и сохраняется после 15 стирок при 700С.

Для рабочей и защитной одежды медицинского персонала, медицинских масок, бахил одним из важных характеристик является низкая микробная проницаемость (менее 5%), что обеспечивает высокие барьерные свойства изделий. Изучение микробной проницаемости более 100 образцов тканей из различных материалов показало, что наилучшими барьерными свойствами обладают синтетические ткани с водоотталкивающей функцией (полиэфирная мембрана, спанбонд ламинированный полиэтиленовый, нейлоновая 3D ткань с покрытием наночастицами серебра, фильтровальный полиакрилонитрильный хемосорбционный нетканый материал на основе ионообменных волокон). Высокой проницаемостью для микроорганизмов обладают гидрофильные материалы (хлопок, бязь). Ткани, проницаемость которых ухудшается после обработки растворами ДС или после термической обработки, могут быть использованы только для изготовления одноразовой одежды.

Использование в медицинских организациях изделий из антимикробных тканей с хорошими барьерными свойствами входит в систему мер профилактики внутрибольничных инфекций.

О РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАБИНЕТА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В 2021 ГОДУ

Бессараб Т.П., к.м.н., Першина О.В., Набиуллина Д.Р.

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, ГБУЗ «ИКБ №2 ДЗМ»

В Центральном кабинете консультирования и профилактики ВИЧ-инфекции МГЦ СПИД ДЗМ (далее – Кабинет профилактики) организовано бесплатное, в том числе анонимное тестирование, с обязательным до- и послетестовым консультированием по различным аспектам профилактики ВИЧ-инфекции. В 2021 году обследовано на ВИЧ-инфекцию 2789 человек, специалистами проведено 7540 консультаций. Ежемесячно в Кабинет профилактики для прохождения тестирования на ВИЧ-инфекцию в среднем обращалось 232 человека: от 173 – в январе до 302 – в марте.

Чаще всего пациенты обращаются в понедельник (средний показатель обращений в данный день недели составил 17,0 человек), реже всего – в субботу. Четко прослеживается тенденция к уменьшению количества пациентов к концу недели (средний темп снижения – 5,6%).

Подавляющее большинство обратившихся в Кабинет профилактики – мужчины (63,1%). Максимальный удельный вес мужчин был зафиксирован в феврале – 72,1%, минимальный – в октябре (46,1%). Соответственно, удельный вес женщин максимальный – в октябре (53,9%), минимальный – в феврале (27,9%).

Тенденция по обращению мужчин и женщин в Кабинет профилактики в течение года стабильна (средний темп роста/снижения 0,96%).

Возраст каждого третьего пациента (31,3%), обратившегося для медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, находился в диапазоне от 25 до 34 лет. Среди мужчин этот показатель оказался выше – 34,3%. Максимальный удельный вес среди женщин приходился на возраст от 18 до 24 лет (31,6%).

Подавляющее большинство (88,6%) обратившихся в Кабинет профилактики для обследования на ВИЧ-инфекцию имели высокий риск инфицирования: партнеры ВИЧ-инфицированных лиц (121 код), наркопотребители (102 код) и гомо/бисексуалы (103 код).

В Кабинет профилактики в течение года обращались жители практически всех регионов Российской Федерации, исключение составили жители Камчатского края, Еврейской автономной области и Республики Тыва. Большинство обратившихся (61,1%) – москвичи, 36,4% – жители других регионов; 2,5% – лица, не имеющие постоянного места жительства. Зафиксировано максимальное число обратившихся иногородних лиц из следующих регионов: Московская область (340 человек – каждый третий), Волгоградская, Ростовская, Самарская, Саратовская области, Республики Башкортостан и Дагестан.

Деятельность центрального кабинета консультирования и профилактики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИД Департамента здравоохранения города Москвы в 2021 году очевидно была востребована среди разных уязвимых групп населения, как жителей города Москвы, так и других регионов Российской Федерации.

ВЛИЯНИЕ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВОКОРОНАВИРУСНЫМИ ВАКЦИНАМИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ COVID-19 СОТРУДНИКОВ КРУПНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Богородская Е.М., д.м.н., Ноздревых И.В., д.м.н., Христофорова Е.Л., Белюцкий Е.М., к.б.н.

ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Сотрудники противотуберкулезного учреждения являются группой высокого риска по заболеваемости COVID-19 в виду вовлеченности в мероприятия по выявлению и лечению новой коронавирусной инфекции, поэтому вакцинация персонала должна играть существенную роль в их защите от новой коронавирусной инфекции.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости COVID-19, регистрируемой с 1 апреля 2020 г. по 1 октября 2021 г., среди среднесписочного числа 2808 сотрудников ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы с учетом проведения вакцинопрофилактики.

В рассматриваемый период переболело 35,5% работающих в учреждении. Годовая заболеваемость персонала составила 177,4 на 1000 сотрудников. У 5,7% (95%ДИ 4,4-7,4%) переболевших были зарегистрированы повторные случаи заболевания.

В июле-августе 2021 г. была проведена массовая вакцинация 86,0% сотрудников учреждения.

Вычисляли еженедельное число заболевших и не заболевших сотрудников в группах: полностью вакцинированных, вакцинированных одним препаратом, не вакцинированных и ранее переболевших. Провели сравнение заболеваемости в группах с учетом времени пребывания в риске заболевания. Риск заболевания рассматривали до регистрации у сотрудника нового заболевания COVID-19.

В периоды высокого уровня месячной заболеваемости населения города (выше 500 на 100 тыс.) годовая заболеваемость невакцинированных сотрудников была в 2,8 раза выше, чем у полностью привитых (408,2 и 144,0 на 1000 чел., ОР=2,8 (95%ДИ: 2,0 -4,0)). Заболеваемость среди привитых только одним компонентом двухкомпонентной вакцины была в 1,5 раза ниже, чем у не вакцинированных (271,5 и 409,2 на 1000 чел. ОР=1,5 (95%ДИ: 1,04-

2,2)). У полностью привитых вероятность заболевания была достоверно выше, чем у ранее переболевших (144,0 и 78,0 на 1000 чел., ОР=1,9 (95%ДИ: 1,1-3,1))

Таким образом, подтверждена очевидная эффективность вакцинации от COVID-19 персонала противотуберкулезной медицинской организаций, принимающих непосредственное участие в борьбе с новой коронавирусной инфекцией.

ГРИПП И SARS-2. ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСОВ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2021-2022 гг.

Бурцева Е.И., Колобухина Л.В., Кистенева Л.Б.

ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного академика Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России,

Сметанина С.В.

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы»

Цветкова Н.А.

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 Департамента здравоохранения города Москвы»

Начало эпидемического сезона 2021-2022 гг. (октябрь 2021г.) было отмечено высокой активностью нового коронавируса SARS-CoV-2 (вариант «дельта»), а также вирусных возбудителей ОРВИ негриппозной этиологии, что определило рост показателей заболеваемости и госпитализации с превышением пороговых значений, в основном, у взрослых на протяжении последующих месяцев.

В отличие от предыдущего эпидемического сезона отмечен ранний рост активности вируса гриппа А(Н3N2), пиковую активность которого регистрировали в конце декабря 2021 г. (26,1%). С конца января 2022 г. отмечены спорадические случаи вируса гриппа В. Результаты антигенной характеристики штаммов вируса гриппа А(Н3N2) определили гетерогенность популяции и их родство с эталонами А/Камбоджа/е0826360/20 (вакцинный) и А/Дарвин/9/2021 (дрейф-вариант); штаммы вируса гриппа типа В были родственны эталону В/Австрия/1359417/21 (линия В/Виктория-подобных), отлично-

му от вакцинного. У всех штаммов вируса гриппа обнаружена нормальная чувствительность к осельтамивиру и занамивиру.

Наибольшая активность SARS-CoV-2 отмечена в феврале 2022 г., что, по-видимому, связано с появлением и активным распространением нового варианта коронавируса «омикрон». В структуре других ОРВИ более часто детектировали риновирусы и респираторно-синцитиальный вирус. Отмечено, что при высокой активности SARS-CoV-2 снижается активность некоторых респираторных вирусных патогенов и, в первую очередь, вирусов гриппа.

Учитывая свойства циркулировавших вирусов гриппа, эксперты ВОЗ рекомендовали обновленный состав гриппозных вакцин для стран Северного полушария в сезоне 2022-2023 гг. с заменой вирусов гриппа А(Н3N2) на А/Дарвин/9/2021 и гриппа В – на В/Австрия/1359417/21.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ПРОСПЕКТИВНОГО РАЗНОНАПРАВЛЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ОРИТ У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ В ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Власова А.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО

Смирнова Е.В., Волкова Н.Н., Шубина Ю.Ф., Горев В.В., Сычев Д.А.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Безопасность фармакотерапии у детей с нозокомиальной инфекцией в критических состояниях является актуальной проблемой педиатрии (Сычев Д.А., 2022). Переносимость фармакотерапии у детей в критических состояниях с нозокомиальной инфекцией была проанализирована в настоящем обсервационном проспективном разнонаправленном исследовании безопасности антимикробной фармакотерапии в ОРИТ у детей от 0 до 17 лет. В исследование было включено 100 пациентов (44 мальчика, 56 девочек). Наблюдение велось с 1.02.2020 по 1.09.2021.

Представлены новые данные об особенностях переносимости фармакотерапии у детей в критических состояниях, что позволило выявить неизвестные ранее факторы, влияющие на развитие лекарственно-индуцированного заболевания у детей.

Ключевые слова: нозокомальные инфекции, лекарственно-индуциро-

ванные заболевания, дети.

Цель исследования: в обсервационном проспективном разнонаправленном двухгодичном исследовании выявить факторы, определяющие безопасность антимикробной фармакотерапии и выживаемость у детей в критических состояниях.

Задачи:

1. В двухгодичном исследовании проанализировать факторы, влияющие на безопасность фармакотерапии у детей в критических состояниях и их выживаемость.
2. Дать характеристику преобладающему фенотипу лекарственно-индуцированного заболевания у детей в критических состояниях и показать влияние лекарственных препаратов и факторов, определяющих риск неблагоприятного исхода.
3. Проанализировать ассоциации полиморфизмов генов (Pg-s ген ABCB1, APOE, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, DRD2, F2, F5, GLP1R, MTHFR, OPRM1, PNPLA5, SLCO1B1, SULT4A1, VKORC1) у детей с развитием НПП на лекарственные препараты, ассоциированные с развитием лекарственно-индуцированных заболеваний в критических состояниях.

Выводы

В исследовании показано, что у детей в критических состояниях с клиническими проявлениями инфекции достоверно больший (в 6 раз) риск летального исхода имели пациенты с проявлениями НПП на лекарственные препараты (OR: 6,0, 95% CI: 2,06-17,48) по сравнению с детьми, не имевшими проблем с переносимостью фармакотерапии. При анализе кривых выживаемости Каплана-Мейера было доказано влияние на выживаемость у детей в критических состояниях развития НПП на лекарственные препараты.

Впервые выявлено, что при детекции генотипа *3/*3 CYP3A5 по сравнению с генотипом *1A/*3 относительный риск развития лекарственно-индуцированного заболевания печени выше в 8,62 раза.

Доказана взаимосвязь между развитием НПП на лекарственные препараты и летальным исходом у детей с инфекцией в критических состояниях.

Высокий риск развития НПП на лекарственные препараты у детей в критических состояниях обосновывает необходимость совершенствования подходов к антимикробной и сопутствующей фармакотерапии. Оптимиза-

ция помощи таким больным диктует необходимость широкого применения фармакогенетического тестирования и формирует необходимость перехода терапевтического лекарственного мониторинга при применении ванкомицина в рутинную практику назначения фармакотерапии детям в критических состояниях.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Воронцова Т.В., Федорова Л.С., д.м.н.

ФБУН «НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора»

В условиях пандемии коронавирусной инфекции, а также для профилактики и борьбы с такими распространенными заболеваниями как острые респираторные вирусные инфекции, грипп, парентеральные и энтеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция, норовирусные, ротавирусные и другие инфекции вирусной этиологии очень востребованы дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидным действием. В период пандемии при введении карантина вирулицидные средства применяют не только в инфекционных очагах и медицинских организациях, а практически везде: местах массового скопления людей, на транспорте, предприятиях торговли, общественных туалетах, детских организациях, общежитиях, гостиницах, предприятиях общественного питания и т.д. Эта ситуация стимулировала поиск, изучение и внедрение в практику дезинфекции новых вирулицидных средств.

С начала 2020 года в лаборатории проблем дезинфекции ФБУН «НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора» изучено более 500 ДС. Из них 70% составляли кожные антисептики, 20% средства на основе традиционных действующих веществ и 10% новые средства, вирулицидное действие которых ранее не изучалось.

Изучение вирулицидного действия дезинфицирующих средств проводилось в соответствии с руководством Р. 4.2.3676-20 «Методы лабораторных исследований и испытаний дезинфицирующих средств для оценки их эффективности и безопасности» с использованием в качестве тест-вирусов вируса полиомиелита тип 1, вакцинного штамма и аденовируса 5 типа. Изучение вирулицидного действия разных форм дезинфицирующих средств

было проведено при обеззараживании поверхностей в помещениях, приборов, аппаратов, белья, посуды, медицинских изделий, воздуха, отходов.

Критерием эффективности являлась степень ингибирования репродукции вируса, которая должна быть не менее 4,0 lg ТЦИД 50.

Действующие вещества кожных антисептиков были представлены, главным образом, спиртами - этиловым и изопропиловым, а также катионными ПАВ (КПАВ), анолитами, соединениями иода, серебра и другими; традиционные средства – гипохлоритом натрия, натриевой солью ДХЦК, кислородсодержащими соединениями. Новые исследованные средства по составу и форме изготовления отличались большим разнообразием. В результате выполненных исследований дана оценка вирулицидного действия препаратов на основе серебра (коллоидное серебро, ионы серебра, наносеребро), средств бытовой химии на основе муравьиной, серной, фосфорной, молочной кислот, хлора, едкого натра; препаратов на основе модифицированного растительного сырья, эфирных масел; противовирусных покрытий, содержащих полиэфир, поливинилхлорид, ионы серебра для поверхностей из различных материалов и тканей; краски интерьерной, содержащей хлорид серебра и др.; технических средств для обеззараживания воздуха, поверхностей, медицинских отходов. Неэффективные средства были отклонены, а средства, обладающие достаточной вирулицидной активностью, рекомендованы для дезинфекции различных объектов при вирусных инфекциях.

ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИСМП К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ

Гололобова Т.В., д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Суранова Т.Г., к.м.н.

ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора

Эпидемиологическое обеспечение в медицинской организации включает мониторинг резистентности к антимикробным препаратам (антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам, бактериофагам) основных возбудителей ИСМП, признаков формирования госпитальных штаммов (клонов); систему профилактических и противоэпидемических мер, в том числе постэкспози-

ционную химиопрофилактику, антимикробную профилактику, специфическую профилактику, дезинфекционные, стерилизационные, дезинсекционные, дератизационные мероприятия в медицинской организации и др.

Проблема резистентности актуальных возбудителей ИСМП к ДС, применяемым в практическом здравоохранении, приобретает еще большую актуальность в период пандемии. В рамках реализации НИР «Совершенствование научно-методических и организационных технологий неспецифической профилактики инфекций, в том числе связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)» в НИИ дезинфектологии проводится научно-практическая работа по изучению устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, внедрению современных методов исследования, осуществляется сбор и обобщение информации по устойчивости микроорганизмов к химическим дезинфицирующим средствам. В 2021г. были разработаны, разосланы и проанализированы формы, включающие: сведения о неудовлетворительных результатах контроля качества рабочих растворов дезинфицирующих средств в медицинских организациях; сведения о микробиологическом мониторинге чувствительности госпитальной микрофлоры к дезинфицирующим средствам в медицинских организациях; сведения о микробиологическом контроле дезинфекции в эпидемиологически значимых подразделениях (операционные блоки, родильные, реанимационные, хирургические отделения) медицинских организаций и др.

Анализ полученных данных показал, что во многих медицинских организациях (ЦРБ, РБ) не проводится микробиологический мониторинг чувствительности госпитальной микрофлоры к дезинфицирующим средствам, не внедрена методика оценки чувствительности из МУ 3.5.1.3439-2017.

Не будет преувеличением отметить, что усиление контроля за обеспечением эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи с использованием оценки риска ИСМП, повышения приверженности персонала неспецифической профилактике, а также усиление микробиологического мониторинга циркулирующих штаммов актуальных возбудителей к ДС, внедрение унифицированной методики изучения чувствительности микроорганизмов к биоцидам являются ведущими в профилактике ИСМП. В ковид-стационарах необходимо усиление микробиологического мониторинга циркулирующих штаммов актуальных возбудителей инфекций, в том числе *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus* spp. (MRSA, MRSE) и других, путем обследования пациен-

тов и объектов больничной среды с определением резистентности микроорганизмов к биоцидам.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Гололобова Т.В., заведующая кафедрой медицинской паразитологии, дезинфектологии и тропической медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, д.м.н., доцент

Романовская О.В., заместитель главного врача Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в СВАО города Москвы

Комплекс профилактических и оздоровительных мер, реализуемый системами охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, не адекватен условиям жизнедеятельности большинства социально-профессиональных групп населения страны. Это подтверждается ухудшением значительной доли показателей здоровья и качества среды обитания, негативными изменениями наиболее значимых характеристик условий и образа жизни.

Одним из вредных факторов труда медицинских работников патологоанатомической службы является напряженность труда.

Важную роль в профилактике негативного влияния производственных факторов на здоровье работника и среду его обитания играет также организация и проведение производственного контроля на рабочих местах, включающего химический и бактериологический анализ отобранного воздуха рабочей зоны, бактериологический анализ смывов с объектов внешней среды, измерение физических факторов неионизирующей природы на рабочих местах (параметров освещенности, микроклимата, уровней звука от работающего в отделении оборудования и пр.).

Обоснование и внедрение организационно-профилактических мероприятий будут способствовать улучшению условий труда специалистов, ускорению профессиональной адаптации, сохранению их здоровья и профессионального долголетия.

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГИОНЕЛЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Груздева О.А., д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве»

В 2021г. вступили в действие новые санитарно-эпидемиологические правила, регламентирующие санитарно-противоэпидемические мероприятия, в том числе и по профилактике легионеллеза. Впервые введено нормирование содержания возбудителя легионеллеза в искусственных водных объектах. Это связано с необходимостью предупреждения заболеваний легионеллезом, так как болезнь протекает тяжело, с осложнениями и при неадекватном лечении приводит к летальному исходу, а также характеризуется наличием крупных очагов. Несмотря на то, что заболеваемость легионеллезом имеет тенденцию к росту во всех странах, где осуществляется контроль за данной инфекцией, а показатель заболеваемости на 100000 населения в странах Европы составил 2,2 в 2019г., а в отдельных странах - более 3,0, в Российской Федерации данный показатель остается на уровне 0,01 на протяжении многих лет. Возможно, что диагностика данного заболевания не внедрена в необходимом объеме.

В настоящее время единственный метод профилактики легионеллеза – обеспечение безопасности воды искусственных водных систем. С этой целью:

- утверждаются государственные нормативы содержания *Legionella pneumophila* в воде, обязательные для исполнения всеми организациями, эксплуатирующими распределительные сети (СанПиН 1.2.3685-21);

- разрабатываются планы по обеспечению безопасности воды (Постановление Правительства Российской Федерации от 06.01.2015 №10 «О порядке осуществления производственного контроля качества и безопасности питьевой воды, горячей воды»);

- проводятся профилактические мероприятия (СанПиН 3.3686-21).

Новые санитарно-эпидемиологические правила усиливают роль производственного контроля в связи с изменениями в законодательстве по проведению контрольных (надзорных) мероприятий (ФЗ № 248 от 2020г.). Содержание *Legionella pneumophila* в горячей воде централизованного водопровода нормируется на уровне - 10^2 КОЕ/л. В воде бассейнов с барботированием

Legionella pneumophila не допускается. В медицинских организациях в горячей воде централизованного водопровода в отделениях риска (пациенты со сниженным иммунитетом) наличие *Legionella pneumophila* не допускается. Для исключения рисков возникновения внутрибольничных очагов легионеллеза необходимо обеспечить лабораторный контроль безопасности воды, а при наличии легионеллы в воде предусмотрено требование об установке бактериологических фильтров на водо-раздающих устройствах. Кроме того, нормативный документ предусматривает дополнительно в отделениях групп риска осуществлять контроль на контаминацию легионеллами содержащего воду оборудования, инструментария и растворов, применяемых при осуществлении интубации, вентиляции легких, других процедур, а также бутилированной воды, используемой пациентами. Необходимо отметить, что в настоящее время исследование воды на наличие *Legionella pneumophila* медицинскими организациями проводится в недостаточном объеме, и данное исследование не стало обязательным компонентом программ производственного контроля.

Заключение. Обеспечение профилактики легионеллеза в современных условиях основывается на нормировании содержания возбудителя в воде, что предусматривает проведение обязательного лабораторного контроля.

АЛГОРИТМ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ

Жукова Э.В., д.м.н.,

Ноздрачева А.В., к.м.н., Семенов Т.А., д.м.н.

ФБУН НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, Москва

Новая коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2, включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (постановление Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г.). Пандемия COVID-19 показала, что медицинские работники, ежедневно спасая человеческие жизни, так же, как и военнослужащие, обеспечивают безопасность страны. Вместе с тем именно медицинские работники наиболее уяз-

вимы в отношении риска заражения в силу тесного контакта с больными при оказании медицинской помощи, биологическим материалом пациентов в ходе лабораторных исследований, проведения медицинских манипуляций. Медицинский персонал подвергается самому высокому риску инфицирования, поскольку в процессе выполнения профессиональных обязанностей имеет наиболее длительный аэрозольный контакт. Риск реализации воздушно-капельного, пылевого и контактного путей передачи возбудителя повышается в условиях несоблюдения требований санитарно-противоэпидемического режима работы, правил эпидемиологической безопасности, в том числе использования средств индивидуальной защиты. Высокий уровень заболеваемости COVID-19 медицинского персонала подтвержден в разных странах мира. На данный период времени роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, считается абсолютно доказанной.

В этой связи представляется чрезвычайно актуальной разработка комплекса мер защиты медицинского персонала в условиях возникновения глобальных биологических угроз, предотвращения и снижения риска распространения COVID-19 как внутрибольничной инфекции, поражающей в медицинских организациях и пациентов, и медицинских работников, профилактики заноса и внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции. Комплекс данных мер охватывает все этапы оказания медицинской помощи, начиная с предупреждения заражения в амбулаторных условиях (на дому), маршрутизации пациентов и особенностей медицинской эвакуации больных или лиц с подозрением на COVID-19 и заканчивая медицинской реабилитацией при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с COVID-19 и снижением риска развития синдрома эмоционального выгорания медицинских работников.

Медицинские работники подвержены большему стрессу и имеют более высокие риски возникновения неблагоприятных последствий для психического здоровья во время эпидемий и пандемий. Причинами этого могут быть длительный рабочий день, высокий риск заражения и летальных исходов, нехватка средств индивидуальной защиты, физическая усталость, разлука с семьями, одиночество. Недостаточно хорошая организация, большое число обязанностей, отсутствие четкого рабочего задания, необходимость работать в зонах повышенной опасности – все это факторы рабочего стресса, которому могут быть подвержены медицинские работники в период панде-

мии. Предложения по предупреждению психологического неблагополучия у медицинского персонала в период пандемии COVID-19 представляют перечень советов, направленных на преодоление психоэмоционального утомления и возникновения негативных эмоциональных состояний. Они изложены в рекомендациях Минздрава России по вопросам организации психологической и психотерапевтической помощи в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Важнейшим эпидемиологическим фактором риска инфицирования является наличие профессиональных контактов с биоматериалом от пациентов с COVID-19 и лиц с подозрением на данное заболевание (врачи, специалисты с высшим профессиональным (не медицинским) образованием, средний и младший медицинский персонал). В этой связи необходимо отметить также высокий риск формирования эпидемических очагов COVID-19 не только в медицинских учреждениях, но и в других организованных коллективах (воинские части, образовательные учреждения, дома престарелых, психоневрологические диспансеры, общежития и др.) при заносе инфекции, особенно в случаях нарушения санитарно-противоэпидемического режима. Также существует риск возникновения множественных заболеваний как в медицинских организациях, так и в коллективах организаций закрытого типа при несоблюдении мер инфекционной безопасности и профилактики инфекции. Большое внимание в комплексе мер защиты медицинского персонала уделяется: обязательному рациональному применению средств индивидуальной защиты; качеству текущей и заключительной дезинфекции, обеззараживанию предметов больничного обихода, тактике и стратегии дезинфекционных мероприятий при COVID-19; порядку обработки рук медицинского персонала; мерам предосторожности для обеспечения безопасности медицинского персонала при оказании специализированной медицинской помощи, экстренной хирургической помощи; профилактике образования и высвобождения аэрозолей в ходе проведения различных медицинских манипуляций, хирургических вмешательств и защите медицинского персонала и пациентов в операционных. Отдельные разделы алгоритма защиты медицинских работников посвящены: защите персонала, работающего в лабораторных условиях с биологическим материалом от пациентов с COVID-19 (подозрением); лучевой диагностике и защите от инфицирования; медицинской реабилитации при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с COVID-19; порядку выписки (перевода) пациентов из медицинской

организации; особенностям диспансерного наблюдения за переболевшими COVID-19, а также порядку проведения патологоанатомических вскрытий.

Разработка алгоритма защиты персонала МО в период возникновения глобальных биологических угроз, представленного в данном докладе, основана на анализе рекомендаций ВОЗ, нормативно-методической и директивной документации по вопросам профилактики инфицирования при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, а также собственном опыте оказания медицинской помощи в период пандемии COVID-19.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 В ОБЩЕЖИТИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ИХ ПЛАНИРОВОЧНОГО УСТРОЙСТВА (НА ПРИМЕРЕ Г. МОСКВЫ)

Задорожный А.В.

*ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора
Пшеничная Н.Ю., Углева С.В.*

Ключевые слова: covid-19, общежития, клиничко-эпидемиологические особенности.

Введение: коллективы, проживающие в общежитиях г.Москвы, в период пандемии COVID-19 подвержены колоссальным рискам распространения коронавирусной инфекции, клиничко-эпидемиологические особенности которой на прямую зависят от типа общежитий.

Цель исследования: анализ клиничко-эпидемиологических особенностей проявления эпидемического процесса COVID-19 в общежитиях в зависимости от типа их планировочного устройства.

Материалы и методы: проспективное аналитическое исследование 350 очагов COVID-19, сформировавшихся в общежитиях г. Москвы в период с 12.04.2020 г. по 23.06.2020 г., с общим числом заболевших 3228 человек.

Результаты: выявлена прямая зависимость интенсивности эпидемического процесса от типа планировочного устройства общежитий. Заболеваемость COVID-19 в общежитиях сообщённого типа (ОСТ) была в среднем в 28 раз выше, чем в обособленных (ООТ). Средний удельный вес пневмонии среди всех случаев COVID-19 составил в ОСТ – 32%, в ООТ – 8%, то есть в 4 раза ниже.

Высокие темпы распространения инфекции в сообщённых общежитиях требовали проведения дополнительных противоэпидемических мероприятий, что достоверно способствовало снижению заболеваемости в ОСТ на 45% ($r=3,1p<0,001$), тогда как заболеваемость по г. Москве в тот же период снизилась только на 34%.

Выводы: Сравнительный анализ клиничко-эпидемиологических особенностей проявления эпидемического процесса COVID-19 в общежитиях показал, что основополагающим фактором в распространении COVID-19 является планировочное устройство общежитий. Проведённое исследование продемонстрировало эффективность предпринимаемых комплексных противоэпидемических мероприятий, которые легли в основу профилактики распространения COVID-19.

ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ИСКОРЕНЕНИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА: АКТУАЛЬНЫЙ СТАТУС, ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ

Иванова О.Е., д.м.н., Козловская Л.И., к.б.н.

ФГАНУ «ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН» (Институт полиомиелита)

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава Росси, Москва

Еремеева Т.П.

ФГАНУ «ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН» (Институт полиомиелита)

Создание и практическое применение в XX веке эффективных полиовирусных вакцин (инактивированной, ИПВ и живой оральной, ОПВ) привело к глобальному снижению заболеваемости паралитическим полиомиелитом (ПМ), вызванным диким полиовирусом (ПВ). Опыт борьбы с ПМ, наличие индикаторов технической возможности искоренения инфекционного заболевания стали основанием для принятия ВОЗ в 1988 г. Глобальной программы искоренения полиомиелита. Реализация программы потребовала больше времени, чем это было запланировано (почти 30 лет), но, хотя и не достигла пока цели искоренения (достижимость её остается спорной), добилась выдающихся успехов. Заболеваемость ПМ, вызванным диким ПВ, снизилась в десятки тысяч раз (от 350 тыс. случаев в 1988 г. до 5 в 2021 г.); количество эндемичных стран сократилось почти в 100 раз (от 125-и в 1988 г. до 3-х в

2021 г.); прекращена циркуляция дикого ПВ в 5-ти регионах мира; дикий ПВ типа 2 глобально искоренен в 1999 г, дикий ПВ типа 3 – в 2019 г. Эти успехи были достигнуты благодаря широкому использованию живой трехвалентной ОПВ (тОПВ).

В условиях снижения заболеваемости ПМ, вызванным дикими ПВ, на первый план вышли известные негативные свойства тОПВ из штаммов Сэбина - генетическая нестабильность штаммов, особенно ПВ типа 2, и их способность при определенных условиях быстро восстанавливать нейровирулентность, трансформируясь в циркулирующие полиовирусы вакцинного происхождения (цПВВП). Глобальная замена тОПВ в схемах плановой иммунизации на бивалентную ОПВ (из ПВ типов 1 и 3) и внедрение ИПВ в схемы плановой иммунизации позволили снизить глобальный уровень заболеваемости вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом (ВАПП) на 60%. Однако недостаточно скоординированное применение мОПВ2, запоздавшее внедрение ИПВ во многих странах мира привели к росту случаев ПМ, вызванных цПВВП типа 2 (1079 случаев цПВВП2 в 2020 г.). Решением проблемы на сегодняшний день является разработка нового поколения безопасных и эффективных живых вакцин, способных формировать мукозальный иммунитет и прерывать циркуляцию полиовирусов. В 2020 г. ВОЗ одобрила применение для ответных мер новой ОПВ типа 2 (нОПВ2), созданной на основе модифицированных штаммов Сэбина с повышенной генетической стабильностью. В 2021 г. нОПВ2 была использована в Республике Таджикистан для борьбы со вспышкой, вызванной цПВВП2. В дальнейшем ВОЗ планирует одобрить нОПВ из типов 1 и 3. Актуальными остаются подходы по совершенствованию ИПВ – разработка новых адьювантов, совершенствование схем применения, обеспечение безопасности производства.

Для успешного достижения цели программы искоренения полиомиелита необходимо добиться устойчивого прерывания передачи дикого ПВ типа 1 и цПВВП2. Необходимы разработка и внедрение безопасных и эффективных полиовирусных вакцин нового поколения, поддержание высокого уровня охвата иммунизацией, сохранение и совершенствование эпиднадзора за ПВ и ПМ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОБЪЕКТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Ильякова А.В., Федорова Л.С., д.м.н.

ФБУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора, Москва

В настоящее время дезинфекция объектов внешней среды в медицинских организациях (МО) химическими дезинфицирующими средствами (ДС) не всегда эффективна для борьбы с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, возбудителями инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), ввиду их резистентности к дезинфицирующим средствам. В качестве метода борьбы с резистентными внутрибольничными штаммами микроорганизмов, был изучен биологический подход, основанный на использовании пробиотических микроорганизмов – бактерий рода *Bacillus*. Бактерии рода *Bacillus* характеризуются: устойчивостью к факторам внешней среды, высокой антагонистической активностью в отношении широкого спектра условно патогенных микроорганизмов, совместимостью с химическими компонентами моющих средств, безопасностью для организма человека и животных, что свидетельствует о перспективности их использования в составе моющих средств.

С целью разработки отечественных моюще-дезинфицирующих средств на основе пробиотиков была изучена антимикробная активность композиции, содержащей споры *B. subtilis* 2/10 ВКПМ В-2896, *B. licheniformis* ВКПМ В-5397 и моющий компонент, при обработке поверхностей, контаминированных тест-микроорганизмами *S.aureus* ATCC 6538-Р, *E.coli* ATCC 10541, *C.albicans* ATCC 10231 и внутрибольничными штаммами *K. pneumoniae*, *P.aeruginosa*, *A.baumannii*, резистентными к воздействию ДС.

По результатам исследования установлено, что использование спор *B.subtilis* 2/10 ВКПМ В-2896, *B. licheniformis* ВКПМ В-5397 вместе с моющим компонентом для обработки поверхностей, контаминированных тест-микроорганизмами (*S.aureus* ATCC 6538-Р, *E.coli* ATCC 10531, *C.albicans* ATCC 10231), обеспечивает снижение микробной обсемененности через 24 часа на 99,98%; контаминированных внутрибольничными штаммами (*K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii*) - обеспечивает снижение обсемененности через 24 часа на 98,99-99,80%.

Такой подход открывает перспективы создания дезинфицирующих и мо-

ющих средств нового поколения, эффективных, в том числе, в отношении резистентных к ДС видов микроорганизмов.

Применение моющих средств на основе пробиотиков наиболее перспективно в палатных отделениях МО неинфекционного профиля, где в соответствии с СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней” п. 3564 текущие уборки в МО неинфекционного профиля, кроме помещений с асептическим режимом, проводятся с применением только моющих средств. При сочетании пробиотиков с дезинфицирующими средствами их применение возможно и в других отделениях МО. Ежедневная обработка моющими средствами на основе пробиотиков эффективно снизит уровень патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в условиях больничной среды, что в свою очередь предотвратит рост ИСМП.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Кадышев В.А., к.м.н., доцент

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Проскурина Л.Н., к.м.н., **Гончарова Н.А.**

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным с инфекционными заболеваниями оказывается фельдшерскими, врачебными и специализированными бригадами скорой медицинской помощи. Деятельность этих бригад направлена на проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний с последующей медицинской эвакуацией в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь больным с инфекционными заболеваниями.

В соответствии с правилами организации скорой и неотложной медицин-

ской помощи пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом, новой коронавирусной инфекцией COVID-19, внебольничной пневмонией вирусной и бактериальной этиологии на эпидемиологический сезон 2021-2022 гг., при необходимости медицинской эвакуации бригадой скорой медицинской помощи для госпитализации или направления пациента на диагностическое исследование в амбулаторный КТ-центр обязательным условием является предварительное экспресс-тестирование на COVID-19 и грипп А и В. Пациентам старше 18 лет с симптомами острого респираторного заболевания в случае имеющихся показаний для медицинской эвакуации в стационар или доставки в АКТЦ проводился экспресс-тест на выявление антигена SARS CoV-2 (Ag COVID-19) с учетом одного из перечисленных критериев: отсутствие в регистре заболевших COVID-19 (открытый эпидемиологический случай); отсутствие положительного результата ПЦР-исследования на COVID-19 (в т.ч. в Единой медицинской информационной аналитической системе); отсутствие вирусной пневмонии, характерной для COVID-19, по данным КТ исследования.

В случаях выявления положительного или отрицательного результата Ag COVID-19 проводился экспресс-тест на выявление Ag гриппа А и В. Для определения последующей маршрутизации пациента с выявленным Ag гриппа А или В и отрицательного результата Ag COVID-19, в соответствии с показаниями проводилась медицинская эвакуация в профильный стационар для лечения гриппа или передавался актив в городскую поликлинику. В случаях выявления отрицательного результата экспресс-теста на выявление Ag гриппа А и В и положительного результата Ag COVID-19 в соответствии с показаниями осуществлялась медицинская эвакуация в стационар для лечения COVID-19 или доставка в АКТЦ. При выявлении Ag гриппа А и В и Ag COVID-19 осуществлялась медицинская эвакуация в стационар для лечения пациентов с сочетанием COVID-19 и гриппа.

В течение 2021 года специалистами скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы проведено 314 167 экспресс-тестирований на выявление Ag COVID-19 и Ag гриппа А и В. Таким образом, четко построенная маршрутизация пациентов в профильные стационары, предварительно основанная на этиологической экспресс-верификации новой коронавирусной инфекции, позволила рационально использовать городской коечный фонд в период пандемии COVID-19.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ: АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ

Кузнецова К.Ю.

ФБУН «НИИД дезинфектологии Роспотребнадзора», Москва

Кузнецова М.А.

ФГБУН «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

Передача различных форм паразитарной госпитальной инфекции реализуется воздушно-капельным, фекально-оральным, контактным путем передачи. Кроме этого, возможен парентеральный путь передачи внутрибольничной инфекции при проведении различных инвазивных медицинских манипуляций: забора крови, инъекций, вакцинации, инструментальных манипуляций, операций, гемодиализа и пр.

Поэтому мы проанализировали риски, связанные с новыми технологиями в оказании медицинской помощи в отношении передачи возбудителей паразитарных болезней, и установили:

гемотрансфузионный (малярия, висцеральный лейшманиоз, бабезиоз)

пересадка органов/тканей (малярия, токсоплазмоз висцеральный лейшманиоз, и пр.)

контактный: кишечные гельминтозы (гименолепидоз, энтеробиоз, стронгилоидоз) и кишечные протозоозы (дизентерийный амебиаз, лямблиоз, криптоспорициоз, бластоцистоз, изоспориоз)

Наименее изученной и статистически необработанной областью эпидемиологического мониторинга остаются внутрибольничные случаи и факторы развития паразитарных болезней с контактным механизмом передачи.

Целью исследования было дать оценку эффективности проводимых дезинфекционных мероприятий в отношении паразитарной загрязненности внутрибольничной среды. Был сделан анализ нормативно-правовой базы регулирования порядка проведения дезинвазии в медицинских учреждениях и методов лабораторного контроля; для научного обоснования проведены отбор и санитарно-паразитологические исследования смывов с поверхностей в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.2661-14. Выявлены разные уровни паразитарного загрязнения помещений: в физиотерапевтиче-

ском подразделении - 90%, в клинико-диагностических лаборатории - 80%, в общих палатах - 60%, во вспомогательных помещениях (санитарные комнаты - 80%, душевые комнаты - 50%), в процедурных кабинетах - 15%, операционных блоках - 2%. Основные виды выявленных паразитарных патогенов - цисты *Blastocystis* spp. (40%); *L. Intestinalis* (30%), *E. nana* и *E. coli* (до 30%), яйца гельминтов *E. vermicularis* (до 60%). Интенсивность паразитарного загрязнения составила $4 \pm 0,8$ экз./см². Индекс обилия - 2-4 вида паразитарных патогенов в одном помещении.

Таким образом, интенсивная циркуляция возбудителей паразитарных болезней контактного типа, реализующаяся через предметы общего пользования, отмечается и, возможно, формируется в помещениях, часто посещаемых больными. Положительные паразитологические тесты в помещениях, где проводятся интенсивные дезинфекционные обработки - манипуляционные, операционные блоки, физиотерапевтические кабинеты, свидетельствуют о недостаточно высокой эффективности применяемых средств дезинфекции в отношении к паразитарным патогенам, что актуализирует развитие нормативно-правового и методического регулирования практических мероприятий по разработке эффективных средств дезинвазии и средств неспецифической профилактики паразитарных болезней, в том числе при оказании медицинской помощи.

РИСКИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА МОСКВЫ

Малиновский А.А., к.м.н., Харченко В.И., к.м.н., Зотеев В.Е.

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ»

Рост количества медицинских услуг при оказании медицинской помощи с нарушением целостности кожных покровов, проведения эндоскопических и ряда других сложных диагностических исследований формирует выраженные риски профессионального инфицирования ВИЧ медицинского персонала.

С целью совершенствования мер по данному направлению в МГЦ СПИД с 2018 года осуществляется профильная научно-практическая работа.

При этом к настоящему времени собран эпидемиологический анамнез, проанализированы и обобщены данные о более 600 медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях с риском профессионального инфицирования ВИЧ.

Как было обнаружено, основную долю медицинских аварий с риском профессионального инфицирования ВИЧ формируют аварии, связанные с оперативными вмешательствами и оказанием скорой и неотложной помощи (около 50%).

Преимущественно травмы получает средний медперсонал - 52,5%, врачи - 6,8%. Около 75% медицинских аварий приходится на медорганизации ДЗМ. Большинство аварий происходит в стационарах - 60,1%, на долю подразделений скорой и неотложной помощи приходится 18,8% медицинских аварий.

Данные эпидемиологического анамнеза позволили сформулировать следующие выводы:

- продолжительный труд, превышающий физиологические рекомендации (более 8 часов), формирует выраженные риски случаев медицинских аварий (43%);

- преимущественно (до 50%) травмируются лица со стажем работы более 10 лет;

- «проблемной» категорией являются лица со стажем работы по специальности менее 1 года (18%), у которой высокие показатели травматизма на фоне относительно невысокой их доли в медорганизациях города (менее 5%);

- при медицинских авариях преимущественно травмируются поверхности левой (52%) и правой (32%) кисти рук, на долю повреждений других частей тела приходится 16%.

- травмирующим инструментами являлись преимущественно иглы (71,1% случаев травм), особенно полые иглы большого диаметра (внутривенные) - 34,7%;

- при медицинских авариях мероприятия на рабочем месте более чем в 40% случаев осуществлялись с нарушениями санитарных правил: в 43,0% случаев выдавливалась кровь, в 4,9% применялись антисептики, не обладающие противовирусной активностью;

- около трети медработников прибывало за постконтактной профилактикой (далее ПКП) без проведения экспресс-теста и сведений о ВИЧ-статусе пациента.

Данные, полученные в ходе научно-практической работы, обеспечили своевременную корректировку и усиление работы по линии профессионально-должностной подготовки медицинских кадров ДЗМ, а также способствовали своевременному принятию локальных управленческих решений, направленных на совершенствование организации мероприятий по профилактике профессионального заражения медицинских работников инфекциями с парентеральным путем передачи в медицинских организациях города Москвы.

Многолетняя профилактическая работа по данному направлению и мероприятия по ее совершенствованию обеспечивают отсутствие случаев профессионального инфицирования ВИЧ в медицинских организациях города Москвы с начала регистрации случаев ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации.

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С COVID – 19 В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.

*Митрохин С.Д., д.м.н., профессор, Орлова О.Е., к.б.н., Янковская О.С., Гостева И.В., Галицкий А.А., Карпова И.В., Ведяшкина С.Г., Шкода А.С., д.м.н., профессор
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 имени Л.А. Ворохобова ДЗМ»*

Не все пациенты с вирус-ассоциированным поражением легких будут требовать назначения антибактериальной терапии. В нашем исследовании таковыми оказалась 1/3 больных, а 2/3 больных с COVID-19 нуждались только в противовирусной терапии.

Как было установлено в проведенном нами исследовании, повышение СРБ и других маркеров воспаления может ассоциироваться как с объемом поражения легких SARS-CoV-2, так и с присоединением бактериальной флоры, что подтверждается и данными литературы. Мы рекомендуем при анализе лабораторных показателей крови обращать внимание на два маркера:

- рост уровня лейкоцитов и нейтрофилов;
- повышение прокальцитонина в крови выше 0,5.

Из клинических маркеров следует обращать внимание на изменение характера кашля с сухого на влажный.

Поэтому принятие решения о назначении антибактериальной терапии должно быть взвешенным, и основываться на комплексной оценке результатов проведенного обследования (клиническая картина + лабораторные показатели + компьютерная томография легких). Как показали полученные результаты, в отличие от грипп-ассоциированной пневмонии при COVID-19-ассоциированной пневмонии наиболее часто при микробиологическом исследовании отделяемого нижних дыхательных путей выделялись энтеробактерии (клебсиеллы) и неферментирующие грамотрицательные бактерии (синегнойная палочка и ацинетобактер). Более 50% штаммов которых оказались полирезистентными (MDR и XDR), что диктует необходимость введения обязательного микробиологического мониторинга в стационаре, где проходят лечение пациенты с COVID-19.

В случае доказанного (клинически - лабораторно - визуализировано) перехода вирусной пневмонии в вирусно-бактериальную требуется как можно скорее присоединять к лечению больных с COVID-19 антибактериальную терапию. Стартовая эмпирическая терапия должна состоять из ингибитор-защищенных цефалоспоринов широкого спектра: цефтаксим/сульбактам, цефепим/сульбактам или цефоперазон/сульбактам в сочетании или без с респираторными фторхинолонами, монобактамами или фосфомицином. Первоначальную оценку эффективности лечения необходимо проводить в сроки 48-72 часа после присоединения антибиотиков ("правило 3-го дня").

Необходимо помнить, что ранее назначение антибиотиков не влияет на течение вирусного процесса в легких и может быть не безопасным для пациента, учитывая способность SARS-CoV-2 вызывать гепатопатию и нефропатию. Кроме того, нет данных о том, что раннее применение антибактериальных препаратов способно предупредить присоединение бактериальной инфекции и не может быть рекомендовано для применения в профилактических целях. Избыточное нерациональное применение антибактериальных препаратов (например, карбапенемов в качестве стартовой терапии) следует признать нежелательным и даже опасным в плане селекционного прес-са, способствующего появлению и циркуляции в госпитальной среде таких штаммов как MDR и XDR со всеми вытекающими отсюда проблемами для современной антимикробной химиотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ, УСТРОЙСТВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУХА, ПОВЕРХНОСТЕЙ И РУК В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Мельникова Г.Н., Мукабенов Ф.А.

ФБУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора

Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях (МО) различного профиля требует разработки и внедрения в эпидемиологическую практику, особенно в период пандемии новой коронавирусной инфекции, новых подходов и методов профилактики ИСМП. Они могут быть реализованы путем мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы с использованием передовых технологий при совместном участии специалистов разного профиля и разных областей знаний.

Поскольку в условиях пандемии COVID-19 серьезную опасность для здоровья и жизни людей, в том числе находящихся в МО, представляют инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем (при чихании, кашле, разговоре и пр.), наиболее остро стоит вопрос обеззараживания и очистки воздуха.

В настоящее время кроме традиционного, широко применяемого и известного метода обеззараживания воздуха УФ-излучением, актуальна разработка более современных, эффективных и безопасных методов и технологий обеззараживания воздуха, а также снижения микробной обсемененности поверхностей в помещениях МО различными физическими или химическими методами и средствами с использованием современного оборудования, основанного на разных принципах действия.

В результате сравнительной оценки эффективности, в том числе в отношении вирусов, и анализа современных технологий обеззараживания воздуха в зависимости от категории помещений, обоснована целесообразность применения наряду с УФ-облучателями открытого и закрытого (рециркуляторы) типа, импульсных установок, фильтров высокой очистки, фотокаталитических воздухоочистителей, ионного ветра, генераторов озона, аэрозольных генераторов с использованием дезинфицирующих средств из различных химических групп соединений.

Для антимикробной защиты рук медперсонала, а также пациентов и посетителей МО, в связи с увеличившейся частотой гигиенической обработки рук не менее важна разработка и изучение кожных антисептиков, обладающих, в том числе вирулицидной активностью. Возросла доля изученных кожных антисептиков для гигиенической обработки рук с применением современных устройств: автоматических дозаторов для размещения жидких антисептиков для правильного нанесения их на руки с соблюдением рекомендуемой дозы наносимого антисептика для обработки рук. Также разработаны специальные диспенсеры с размещенными в них антибактериальными салфетками для обработки рук, или отдельными салфетками (по 1 шт.) в упаковках, удобных для индивидуального применения, как в МО, так и в быту.

Создание и внедрение в многопрофильных стационарах оборудования/устройств с улучшенными техническими характеристиками, основанных на различных технологиях обеззараживания и очистки воздуха и поверхностей, технических устройств для применения современных кожных антисептиков дает возможность оптимального выбора упомянутых средств и технологий их применения для профилактики ИСМП.

ИЗУЧЕНИЕ СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Нарусова П.О., Андреев С.С.

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 ДЗМ»

Лысенко М.А., д.м.н.

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 ДЗМ»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Журавлева М.В., д.м.н.,

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

ФГБУ НЦЭСМП Минздрава России

Малыгин А.С., Н.Н. Илюхина

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 ДЗМ»

Цели и задачи исследования. Изучение случаев развития вторичных

инфекций, сопровождающихся выделением возбудителя в гемокультуре у госпитализированных пациентов с COVID-19 тяжелого течения.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование случаев развития вторичных инфекций у пациентов с COVID-19 в отделениях ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» в условиях переоборудования для лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Результаты исследования. В 2020 году после перепрофилирования ГКБ №52 для оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в больнице был отмечен выраженный рост числа инфекций, сопровождающихся выделением возбудителя из стерильного локуса. В 2020 году всего выявлено 648 случаев бактериемий, среди которых 477 были вызваны полирезистентными грамотрицательными бактериями. Наиболее распространёнными патогенами были: *Kl.pneumoniae* (281 случай), *Ac.baumannii* (102 случая), *E.coli* (50 случаев), *Ps.aeruginosa* (41 случай). Грамположительные возбудители были выделены в 171 случае, среди них *S.aureus* в 75 случаях, *Ent.faecium* в 72 случаях, *Ent.faecalis* в 24 случаях. Также было выявлено 32 случая кандидемий со следующей структурой: *C.albicans* (21 случай), *C.auris* (7 случаев), *C.glabrata* (3 случая), *C.dubliniensis* (1 случай).

В 2021 году отмечен рост количества бактериемий - всего 861 случай, из которых 634 вызванные полирезистентными грамотрицательными бактериями. Структура бактериемий оказалась сравнимой с таковой в 2020 году: *Kl.pneumoniae* – 323 случая, *Ac.baumannii* – 152 случая, *E.coli* – 64 случая, *Ps.aeruginosa* – 38 случаев. Отмечался рост числа выделения грамположительных возбудителей – 228 случаев, среди которых ведущими возбудителями были *S.aureus* (106 случаев), *Ent.faecium* (59 случаев), *Ent.faecalis* (55 случая), недифтерийные бактерии рода *Corynebacterium* (8 случаев). Обращает на себя внимание рост числа выявленных кандидемий – 39 случаев. Также отмечается изменение структуры кандидемий: 23 случая приходится на *C.auris*, 10 случаев на *C.albicans*, на *C.glabrata* 3 случая, на *C.parapsilosis* 2 случая, на *C.dubliniensis* 1 случай.

Наиболее значимыми факторами, предрасполагающими к увеличению числа развития вторичных инфекций на фоне COVID-19 тяжелого течения, выступили: коморбидная патология, перевод из других стационаров, применение антимикробных препаратов, изначально тяжелое поражение лёгочной ткани на фоне вирусной инфекции, необходимость применения

иммуносупрессивной терапии, длительные сроки госпитализации.

Выводы. В период пандемии COVID-19 отмечен рост числа тяжёлых вторичных инфекций, основными возбудителями которых являются *Kl.pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii*. В 2021 году в сравнении с 2020 годом отмечена негативная тенденция к увеличению количества инвазивных микозов: кандидемий, в том числе обусловленных *Candida auris*. Необходима разработка локальных протоколов для лечения и предотвращения инфекций, вызванных наиболее актуальными полирезистентными возбудителями.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АКТУАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В УСЛОВИЯХ ЛПО

*Ноздрачева А.В., к.м.н., Семенов Т.А., д.м.н., профессор
ФБГУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии
и микробиологии имени почетного академика Н.Ф.Гамалеи»*

Оценка эпидемиологической ситуации по инфекционным заболеваниям является неотъемлемой частью эпидемиологического надзора (ЭН), проведение которого закреплено нормативно на государственном уровне. В отношении антропонозов классическими методами проведения указанной оценки являются анализ заболеваемости населения, изучение антигенной структуры возбудителей отдельных инфекций по данным молекулярно-генетического мониторинга, наблюдение за состоянием популяционного иммунитета и охватом вакцинацией (в отношении управляемых инфекций) в декретированных группах. В условиях лечебно-профилактических организациях (ЛПО) необходимо проведение риск-ориентированного бактериологического мониторинга факторов внутрибольничной среды. Нужно отметить, что оценка заболеваемости и привитости населения, в том числе медицинских работников, а также пациентов стационаров и амбулаторий, не лишена некоторых недостатков, связанных с возможными погрешностями статистического наблюдения. В современном мире методы научного познания, в том числе в эпидемиологии, непрерывно совершенствуются и включают прикладные технологии смежных направлений. Наиболее актуальные подходы к оценке эпидемиологической ситуации по некоторым инфекциям рассмотрены ниже.

Технологии биобанкирования являются передовыми практиками мирового здравоохранения и играют критически важную роль в разработке средств и методов диагностики и лечения, а также изучения эпидемиологических и патогенетических особенностей известных и «новых» инфекций. Использование материалов биобанков позволяет оценить популяционный иммунитет в том числе в группах риска (среди медицинских работников и лиц с хроническими соматическими заболеваниями и т.д.), уточнить статистические данные о заболеваемости населения, включая скрытые формы, отдельных инфекций (вирусные гепатиты, парвовирусная инфекция и др.). Результаты серологических исследований в группе медицинских работников могут быть использованы для уточнения данных об их привитости в отношении таких актуальных инфекций как гепатит В и корь.

Обобщение результатов исследования распространенности инфекционных заболеваний среди населения и структуры популяционного иммунитета к соответствующим возбудителям становится основой для создания баз данных (БД). Предложенная авторами БД результатов работы в очагах кори позволила оценить охват вакцинацией среди лиц, контактных с больными, в плановом порядке, а также объем противоэпидемических мероприятий, проводимых сотрудниками ЛПО. Создание БД может быть использовано для проведения математического моделирования, разработки прогноза развития эпидемиологической ситуации и своевременного планирования мер профилактики, в том числе среди медицинских работников.

ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ. РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Ноздревых И.В., главный внештатный эпидемиолог Департамента
здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом
ДЗМ», д.м.н.*

*Трушкина Е.В., Лыткина И.Н., д.м.н., Довбня А.В., Зайцев Б.Е.
Организационно-методический отдел по эпидемиологии Департамента
здравоохранения города Москвы*

Одним из компонентов, характеризующих “индекс здоровья” населения,

является уровень инфекционной заболеваемости, в формировании которого важную роль играют инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

ИСМП в определенной степени отражают качество медицинской помощи, являются одной из важнейших составляющих социального и экономического ущерба в практическом здравоохранении, т.к. утяжеляют течение основного заболевания, увеличивают длительность лечения и количество летальных исходов, приводят к возрастанию социально-экономических потерь.

Проведение модернизации московского здравоохранения в части оснащения дезинфицирующим и стерилизующим оборудованием нового поколения, технологическим оборудованием, в т.ч. по обеззараживанию воздушной среды, обеспечены санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в части укрепления материально-технической базы, поэтапного исключения человеческого фактора из этих мероприятий, оснащения учреждений медицинскими изделиями одноразового применения, использование индивидуальных комплектов для обработки новорожденных, одноразовых средств ухода за пациентами, разработка и внедрение СОПов, обучение медицинского персонала и контроль за обеспечением эпидемиологической безопасности при оказании медицинской помощи – все это способствовало снижению заболеваемости, связанной с оказанием медицинской помощи.

За последние 11 лет количество зарегистрированных случаев заболеваний ИСМП в г. Москве (по данным ф. № 2 Федерального статистического наблюдения) снизилось на 41,2% (2010 г. 2136 сл., 2021 г. -1255 сл.), что обусловлено недоучетом данной группы инфекций. В 2021 г. снижение числа ИСМП обусловлено, в основном, снижением регистрации внутрибольничных пневмоний (в 3,8 раза), преимущественно вызванных вирусом SARS-CoV-2.

Эпидемический рост заболеваемости коронавирусной инфекцией COVID-19 в 2020-2021 гг. отразился на структуре заболеваемости ИСМП. От 38,7% до 40,6% всей внутрибольничной заболеваемости в течение 2-х последних лет приходится на COVID-19, доля пневмоний составила 25,9% (2020 г.) - 14,9% (2021 г.). По-прежнему наибольшее число внутрибольничных очагов COVID-19 регистрировалось в специализированных стационарах психиатрического и туберкулезного профиля.

Заболеваемость ИСМП регистрировалась преимущественно в стациона-

нарах, перепрофилированных для лечения больных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), на долю которых приходится 37,1% - 45,1% (2020-2021 гг.) всей регистрируемой внутрибольничной заболеваемости. В 2021г. по сравнению с 2020 г. на 26,4% увеличился удельный вес ИСМП в учреждениях хирургического профиля. Снижается количество регистрируемых случаев ИСМП в акушерских стационарах и перинатальных центрах (5,5% - 4,9% в 2020-2021 гг. против 9,9% в 2019 г.), в амбулаторно-поликлинической сети (1,65 -1,1% в 2020-2021 гг. против 7,3% в 2019 г.).

Перераспределение коечного фонда для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2, привело к закономерному снижению в отчетном году объема плановых госпитализаций, существенному уменьшению числа очных посещений медицинских организаций с целью получения медицинских манипуляций, не носящих экстренный характер, что отразилось на количестве инфекций в области хирургического вмешательства и постинъекционных осложнений, доля которых в структуре ИСМП составила соответственно 18,9% и 8,0%.

В течение 2-х последних лет послеоперационные гнойно-септические инфекции регистрируются преимущественно в хирургических стационарах и отделениях (2020-2021 гг. - 99,6% и 98,7% соответственно), а постинъекционные - в инфекционных и соматических и специализированных стационарах (2020-2021 г. - 46,7% и 62,4% соответственно). Это свидетельствует о том, что проводимые профилактические и противоэпидемические мероприятия не являются системой непрерывного контроля, а в ряде случаев выполняют роль дежурных мероприятий.

За последние три года сократилось число постинъекционных инфекций - в 1,6 раза, кишечных инфекций - в 1,7 раза, гнойно-септических инфекций (ГСИ) новорожденных и родильниц - в 1,6 раза и 2,6 раза соответственно. При этом регистрируется многократное превышение числа случаев внутриутробного инфицирования (ВУИ) над количеством учтенных ГСИ новорожденных (2021г. - 5537 сл. ВУИ и 41 сл. ГСИ новорожденных), что с большой долей вероятности позволяет констатировать факт сокрытия под диагнозом ВУИ случаев внутрибольничного инфицирования и расценивать сложившуюся ситуацию как предвестник осложнения эпидемиологической ситуации в учреждениях родовспоможения.

В структуре ГСИ новорожденных в 2021 г. преобладали локализованные формы инфекции (95,1%): инфекции пупочной ранки, пуповинного остатка

и пупочных сосудов (омфалит, флебит пупочной вены), заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки (пиодермия, импетиго, панариций, паронихий), а также конъюнктивит, дакриоцистит, пневмония. Зарегистрировано 2 случая генерализованных форм инфекции (остеомиелит).

Проблема заболеваемости ИСМП родильниц не менее актуальна и тесно взаимосвязана с заболеваемостью новорожденных. С 2019 г. в Москве наблюдается положительная динамика к снижению гнойно-септической заболеваемости родильниц (2018 г. - 66 сл., 2019 г. - 51 сл., 2020 г. - 25сл., 2021 г. - 19 сл.). В 2020 г. среди родильниц не регистрировались случаи заболевания маститом, сепсисом. В основном, в соответствии с МКБ-10 имели место др. инфекции во время родов (O75.3).

В 2021 г. не регистрировались внутрибольничные вспышки, вызванные патогенами с фекально-оральным и воздушно-капельным механизмами передачи.

Значительные изменения произошли в структуре летальных исходов от ИСМП. Так, если в предыдущие годы летальность была обусловлена ГСИ новорожденных (33,3-50%) и послеоперационными инфекциями (50,0-66,7%), то в 2021 г. 87,5% летальных исходов связаны с пневмониями, осложнившимися течением COVID-19 (14 сл.) и зарегистрировано по 1 сл. летального исхода от ОКИ и инфекции в области хирургического вмешательства (по 6,25% соответственно).

В современных условиях проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением госпитальных штаммов возбудителей ИСМП, обладающих широкой резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам. Интенсивное развитие и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения обуславливает появление новых рисков и определяет необходимость совершенствования технологий, методов и средств профилактики и лечения ИСМП.

Основные усилия специалистов медицинских организаций (госпитальных эпидемиологов, клиницистов, микробиологов) должны быть направлены на:

- повышение уровня выявляемости и регистрации ИСМП,
- оценку структуры потребления пациентами антимикробных лекарственных средств,
- осуществление непрерывного контроля за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на всех этапах оказания медицинской помощи

с оценкой санитарно-микробиологических показателей при исследовании объектов внутрибольничной среды каждого профильного отделения,

- снижения частоты выявления ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП, обладающих множественной резистентностью к антибиотикам,
- повышение комплаентности медицинского персонала соблюдению требований санитарно-противоэпидемического режима, в т.ч. правил и гигиены рук,
- повышение охвата прививками сотрудников медицинской организации,
- контроль за проведением обучения медицинских работников по специализированным программам в рамках непрерывного профессионального образования.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ ПАЦИЕНТОВ

Орлова О.А., д.м.н.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, начальник отдела эпидемиологии ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, ведущий научный сотрудник лаборатории инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, д.м.н.

В настоящее время во многих публикациях дискутируется вопрос о назначении пациентам антибактериальных препаратов, не дожидаясь результатов бактериологического исследования идентификации микроорганизмов и определения антибиотикочувствительности, а основываясь на методике определения генов антибиотикорезистентности в биологическом материале пациентов.

Цель исследования: проанализировать выявление генов антибиотикорезистентности в биологическом материале пациентов.

Материалы и методы: проведен анализ выявления генов карбапенемаз из биологического материала у 256 пациентов крупного многопрофильного стационара и определения карбапенемаз у чистых культур микроорганизмов, выделенных из этого же биоматериала. Идентификация и определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам про-

водились на автоматическом микробиологическом анализаторе «Vitek-2», выявление генов антибиотикорезистентности проводилось на амплификаторе CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System.

Результаты. Гены карбапенемаз группы OXA-48 выявлены в двух пробах – 0,4%, KPC в одном случае – 0,2%, гены металлобеталактамаз (VIM) в 7 случаях – 1,3%. При выявлении карбапенемаз у чистых культур микроорганизмов из всех биоматериалов, где были выявлены гены VIM, идентифицирована культура *Pseudomonas aeruginosa*, устойчивая к карбапенемам, с генами карбапенемаз группы KPC выделена культура *Klebsiella pneumoniae*, устойчивая к карбапенемам, с генами карбапенемаз группы OXA-48 в одном случае выделена культура *Klebsiella pneumoniae*, устойчивая к карбапенемам, во втором - *Enterobacter cloacae*, чувствительный к карбапенемам. При выявлении у чистых культур микроорганизмов карбапенемаз в 16 случаях (*Pseudomonas aeruginosa* – 13, *Klebsiella pneumoniae* – 2, *Escherichia coli* – 1), гены карбапенемаз (KPC, OXA-48, VIM) в биологическом материале не выявлены, что может свидетельствовать о других механизмах развития антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Выводы. Таким образом, при назначении антибактериальных препаратов пациентам нельзя основываться только результатах быстрой диагностики генов антибиотикорезистентности в биологическом материале методом ПЦР в реальном времени, необходимо проводить классические бактериологические исследования с идентификацией микроорганизма и определением антибиотикочувствительности по стандартной методике, рекомендованной EUCAST.

ОБЗОР ДЕФЕКТОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Першина О.В., Харченко В.И., к.м.н., Самсонова Е.Л.

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ»

Ежегодно более 20% населения Российской Федерации обследуется на ВИЧ-инфекцию. Каждый случай тестирования должен сопровождаться

предварительным и последующим консультированием, это регламентировано российским законодательством. Врач любой специальности должен владеть навыками консультирования, проводить его до и после тестирования на ВИЧ-инфекцию. Однако при проведении консультирования допускаются дефекты, которые могут иметь значимые последствия как для пациента, так и для учреждения здравоохранения, в котором проводилось медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию. Специалистами МГЦ СПИД проведен анализ дефектов консультирования при тестировании на ВИЧ-инфекцию в учреждениях здравоохранения различных форм собственности и ведомственной принадлежности.

Наиболее часто встречающиеся дефекты:

1. Медицинское освидетельствование проведено при отсутствии информированного добровольного согласия.
2. Отказывается в обследовании на ВИЧ-инфекцию подросткам 15-17 лет в отсутствие родителей.
3. Результат тестирования сообщен по телефону/электронной почте (любой результат, даже отрицательный).
4. Имеются случаи не информирования пациента о положительном результате тестирования.
5. Имеются случаи сообщения о положительном результате тестирования родственнику обследуемого.
6. Отказывается в повторном обследовании на ВИЧ-инфекцию.
7. Неправильная интерпретация пациенту результата тестирования (устно или в направлении в МГЦ СПИД).
8. Послетестовое консультирование не проведено, пациент с положительным результатом не направлен в территориальный Центр СПИД.

Данные дефекты могут привести/приводят к следующим последствиям для пациента: разглашение тайны диагноза; разрушение родственных, трудовых и иных связей; практика рискованных контактов и инфицированию партнеров; позднее выявление ВИЧ-инфекции; несвоевременные постановления на диспансерный учет и старт антиретровирусной терапии; передача ВИЧ от матери ребенку и др.

Также дефекты могут привести к правовым и иным негативным последствиям для учреждения здравоохранения, в котором проводилось медицинское освидетельствование, в том числе внеочередным контрольно-надзорным мероприятиям, судебным разбирательствам и др.

Таким образом, квалифицированное консультирование (предварительное и последующее) при обследовании на антитела к ВИЧ-эффективный метод индивидуальной работы по вопросам профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции, профилактики самоубийств и других негативных последствий кризисного состояния пациента, а также один из критериев качества оказания медицинской помощи в организации здравоохранения.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. А.С. ПУЧКОВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Плавунцов Н.Ф., д.м.н., профессор

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.

Пучкова» ДЗМ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Колдин А.В., к.м.н., Скопина Е.А.

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ

В условиях пандемии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, повседневная работа большинства медицинских организаций претерпела изменения. Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова не является исключением. Медицинский персонал выездных бригад скорой медицинской помощи в процессе профессиональной деятельности подвергается повышенному риску заражения при оказании помощи инфекционным больным. Одновременно с этим инфицированный медицинский работник может быть источником инфекции для пациента и своих коллег. Поэтому важнейшее значение в службе скорой медицинской помощи приобретают меры инфекционной безопасности. С целью реализации эффективных противоэпидемических мероприятий и с учетом специфики работы скорой медицинской помощи разработан и реализован комплекс противоэпидемических мероприятий по предотвращению распространения COVID-19. Системный подход, включающий организационные решения, позволил сохранить эффективность оказания медицинской помощи

населению в условиях пандемии.

Обеспечение инфекционной безопасности медицинского персонала предполагает комплексный подход к организации условий труда, включающий качественное проведение дезинфекционных мероприятий, надлежащее использование средств индивидуальной защиты, профилактическую иммунизацию и проведение мер экстренной профилактики. В целях снижения риска инфицирования сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи и предупреждения распространения инфекционной заболеваемости в период пандемии новой коронавирусной инфекции на СС и НМП им. Пучкова обновлена локальная нормативная база, разработаны регламенты действий медицинского персонала при оказании скорой медицинской помощи пациентам, заболевшим COVID-19, разработаны инструкции по соблюдению мер инфекционной безопасности, по порядку применения средств индивидуальной защиты, по мерам безопасности при отборе и транспортировке биологического материала от больных (подозрительных) COVID-19, по проведению дезинфекционных мероприятий в структурных подразделениях и в автомобилях скорой помощи, формы учетных документов. Разработаны стандартные операционные процедуры и алгоритмы по отдельным вопросам, касающимся эпидемиологической безопасности.

Проводились санитарно-противоэпидемические мероприятия по ликвидации очагов инфекционного заболевания в трудовых коллективах. Введены ограничительные мероприятия по допуску посетителей и перемещению сотрудников в структурных подразделениях. Оборудованы санитарные шлюзы при входах на объекты. Организовано бесконтактное измерение температуры тела работникам при входе в здание и на рабочих местах в течение рабочего дня. Усилен дезинфекционный режим с применением дезинфицирующих средств, обладающих вирулицидным действием. Обеспечен контроль за концентрацией дезинфекционных средств рабочих растворов. Увеличена кратность дезинфекционных обработок коридоров, кабинетов, мест общего пользования. Усилен контроль за порядком обращения с медицинскими отходами.

Для повышения уровня знаний разработаны учебные модули, регулярно проводится дистанционное обучение и ежедневный инструктаж медицинского персонала по вопросам соблюдения мер инфекционной безопасности.

В целях формирования коллективного иммунитета против новой

коронавирусной инфекции принимаются меры по специфической профилактике сотрудников. В настоящее время на Станции вакцинировано более 95% работников, более 83% прошли повторную вакцинацию (ревакцинацию). Разработана и внедрена специальная электронная программа по учету вакцинации сотрудников, позволяющая осуществлять мониторинг за своевременностью проведения этапов вакцинации, учет перенесенных заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), наличие медицинских противопоказаний к вакцинации. Программа также заблаговременно ориентирует работников по срокам ревакцинации.

Таким образом, организованные меры инфекционной безопасности показали свою эффективность по недопущению распространения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) среди работников станции СММП и способствовали выполнению задач по оказанию в полном объеме скорой и неотложной медицинской помощи жителям города Москвы в период пандемии.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭПИДПАРОТИТА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

*Тураева Н.В., к.м.н., Фролов Р.А., Герасимова А.Г., к.м.н., Наретя Н.Д.
ФБУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора*

Одной из задач разработанной и утвержденной в 2021 году программы «Элиминация кори и краснухи, достижение спорадической заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации» (2021-2025 гг.) является повсеместная стабилизация заболеваемости эпидемическим паротитом на спорадическом уровне. В России заболеваемость эпидемическим паротитом определяют пять субъектов, в том числе и Москва.

Заболеваемость эпидемическим паротитом в Москве с 2012 года находится на спорадическом уровне, и среднескользящий показатель составляет 0,7 на 100 тыс. населения. Последние годы в Москве наблюдается тенденция к снижению заболеваемости эпидпаротитом: в 2020 году показатель составил 0,23 на 100 тыс. что в 3 раза ниже показателя предыдущего 2019 года, в 2021 - показатель заболеваемости зарегистрирован на уровне 0,18 на 100 тыс. населения. Отличительной особенностью эпидемического процес-

са эпидпаротита в мегаполисе, по сравнению с другими территориями, является преобладание в структуре заболевших взрослого населения – 73,2% за период 2019-2021гг. Среди них наиболее значима возрастная группа 30-39 лет – 31,8%, лица 50 лет и старше болеют существенно реже - 1,9% от общего числа заболевших взрослых.

Анализ историй болезни пациентов ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 Департамента здравоохранения города Москвы», госпитализированных с диагнозом «эпидемический паротит», показал, что заболеваемость регистрируется не только за счет москвичей, но и жителей из других регионов нашей страны и даже других государств, поскольку учет и регистрация инфекционной заболеваемости проводятся по месту выявления больного. Так, среди пациентов с диагнозом «эпидемический паротит» 13,7% являлись жителями других субъектов Российской Федерации, 1,4% - иностранцы.

Среди детей наиболее вовлечённой была возрастная группа дошкольного возраста 3-6 лет – более 60% заболевших, меньше всех болели подростки 15-17 - 3% от общего числа заболевших эпидпаротитом детей 0-17 лет за анализируемый период.

Случаи эпидемического паротита регистрировались в основном среди лиц непривитых или с неизвестным анамнезом, в среднем - 89,3%, а лица, вакцинированные и ревакцинированные, составили всего 10,7%. Лабораторное подтверждение случаев эпидемического паротита имело место в среднем в 34,3% случаев. Для верификации диагноза использовался преимущественно метод иммуноферментного анализа на базе лабораторий медицинских учреждений, куда госпитализировались пациенты. Таким образом, в г. Москве наиболее вовлечёнными в эпидемический процесс эпидемического паротита являются взрослые, в основном с неизвестным прививочным анамнезом. Также обращает на себя внимание высокий процент привитых среди заболевших детей и подростков.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Федорова Л.С., д.м.н.

ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора

Резистентность микроорганизмов к антимикробным, в том числе дезинфицирующим средствам является общегосударственной проблемой, и определена как одна из основных биологических угроз, определяющих национальную биобезопасность РФ (Указ Президента РФ от 11.03.2019 г. №97).

Проблема устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам (ДС) особенно актуальна для медицинских организаций (МО), так как недостаточность мер по ее решению может привести к увеличению заболеваемости и смертности от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Развитию и распространению устойчивых к ДС возбудителей инфекций способствуют нарушения правил выполнения дезинфекции (применение для обеззараживания объектов заниженных концентраций действующих веществ, длительное и многократное использование рабочих растворов, нарушение условий хранения и правил приготовления рабочих растворов и т.д.), недостаточные меры инфекционного контроля в МО, отсутствие системного мониторинга циркуляции резистентных к ДС штаммов микроорганизмов, отсутствие своевременной и адекватной ротации ДС.

Дополнительные проблемы возникают в случае нахождения микроорганизмов в составе биопленок, когда резистентность связана с затруднением проникновения биоцида внутрь, снижением метаболической активности микроорганизмов и появлением бактериальных клеток персистеров – фенотипически более устойчивых. В связи с этим, в отношении микроорганизмов в состоянии биопленок необходимо применять ДС из группы КПАВ, хлорамин, натриевую соль ДХЦК, альдегиды, спирты в более высоких концентрациях, чем указаны в Инструкциях по применению ДС.

Для создания системы мер противодействия резистентности микроорганизмов необходимо:

- определение механизмов развития, форм резистентности микроорганизмов к дезинфицирующим средствам;

- совершенствование системы мониторинга обсемененности объектов внешней среды (частота в зависимости от эпидситуации, время взятия смывов, в т.ч. после проведения дезинфекции, правильный выбор объектов контроля, изучение циркуляции и анализ резистентных форм микроорганизмов, оценка эффективности в отношении резистентной микрофлоры новых ДС, научное обоснование ротации ДС и т.д.);

- поиск новых субстанций и альтернативных ДС, эффективных в отношении резистентных штаммов микроорганизмов;

- актуализация и разработка новых нормативных методических документов по организации мониторинга, антимикробной устойчивости и мероприятий, направленных на предотвращение возникновения антимикробной резистентности, в том числе дополнение методических указаний молекулярно-генетическими методами и критериями оценки резистентности, что позволит значительно быстрее получить результат, и методических указаний по изучению целевой эффективности ДС в отношении бактерий, находящихся в составе биопленки.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ»

Филатова О.С.

заместитель главного врача по эпидемиологии ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ»

Пандемическое распространение новой коронавирусной инфекции стало серьезным вызовом для всего человечества, и для каждого отдельного государства – с учетом внутригосударственных особенностей и сложностей, возникающих в условиях чрезвычайной ситуации и требующих решения на федеральном, региональном и местном уровнях.

Вакцинопрофилактика является наиболее эффективным методом профилактики инфекционных заболеваний. Российским ученым удалось одним из первых в мире в кратчайшие сроки создать вакцину с высокими показателями эффективности и безопасности. Своевременно подготовленные нормативные документы позволили за небольшой промежуток времени добиться массовой иммунизации.

ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ» – одно из первых учреждений города Москвы, начавших вакцинацию против SARS-CoV-2. За полтора года проведения работы по вакцинации против новой коронавирусной инфекции накоплен определенный опыт и выработаны подходы, позволяющие наиболее эффективно выстраивать процессы иммунопрофилактики. На существующих площадях здания головного учреждения создано отделение вакцинации против новой коронавирусной инфекции. Привлечен лучший подготовленный медицинский и немедицинский персонал. Обеспечены условия надлежащего хранения замороженного иммунобиологического лекарственного препарата. Кроме того, с целью увеличения охвата, вакцинация осуществлялась также еще в одном пункте – павильоне «Здоровая Москва». Для крупных предприятий города и для маломобильных граждан организована выездная вакцинация. Работа в этой области обеспечена путем взаимодействия с ГКУ «Дирекция по координации деятельности государственных учреждений здравоохранения города Москвы», ГБУЗ ЦЛО ДЗМ, Комитетом государственных услуг города Москвы, территориальными центрами социального обслуживания города Москвы, при координации всех действий со стороны Департамента здравоохранения города Москвы. В сфере иммунопрофилактики поликлиника постоянно совершенствует свою работу, стараясь создать максимально комфортные условия пребывания пациентов, что косвенным образом повышает приверженность населения вакцинации.

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции стала на текущем этапе повседневным видом деятельности поликлиники. ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ» находится в готовности продолжать иммунопрофилактику SARS-CoV-2 до окончания пандемии, а в дальнейшем – в плановом порядке. Опыт, накопленный в ходе проведения данной работы, может быть использован в дальнейшем, как при возникновении новых угроз, так и в повседневной работе поликлиники.

ОПЫТ ЗАГОТОВКИ ПЛАЗМЫ ДОНОРОВ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19 В ФГБУЗ ЦЕНТРЕ КРОВИ ФМБА РОССИИ

Филиппова А.А., к.м.н.

*Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России,
ФГБУЗ Центр крови ФМБА России*

*Фаенко А.П., к.м.н., Голосова С.А., Глазов Я.Н., Клюева Е.А., к.м.н.,
Иванова И.В., Касаткин М.А.*

ФГБУЗ Центр крови ФМБА России

С момента начала развития пандемии новой коронавирусной инфекции в декабре 2019 года и по настоящее время во всем мире активно ведутся разработки новых методов лечения и профилактики COVID-19. Так, на первом этапе была предпринята попытка заготовки плазмы реконвалесценто́в от людей, уже переболевших COVID-19, что основано на концепции пассивной иммунизации. В ФГБУЗ Центре крови ФМБА России (ЦК) заготовка плазмы реконвалесценто́в производилась с апреля 2020 года по сентябрь 2021 года. Антиковидную плазму получали от доноров реконвалесценто́в не ранее чем через 30 дней после исчезновения клинических симптомов, отрицательном результате тестирования на РНК SARS-CoV-2 в орофарингеальном мазке и отрицательном экспресс-тесте на антитела класса IgM (ООО «Рапид Био» экспресс-тест для выявления антител класса IgG/IgM к SARS-CoV-2), сделанном перед направлением на донацию. Заготовка антиковидной плазмы производилась при помощи аппаратного плазмафереза, а также путем кроводачи с последующим фракционированием, вся плазма была подвергнута патогенинактивации. Требования к заготовке, хранению и транспортировке антиковидной плазмы проводились согласно всем нормативным документам, принятым в Службе крови России, дополнительно исследование на уровень IgG к SARS-Cov2 проводилось на анализаторе ARCHITECT i2000sr (Abbott, США), тем самым было проведено 26556 анализов у 13561 доноров крови и ее компонентов. За весь период времени было получено 9016 доз антиковидной плазмы, общий объем составил 2654 литров. Антиковидной плазмой ЦК смог обеспечить 32 медицинских организации по всей России. Отсутствовали различия в распределении системы группы крови АВО у заготовленных и востребованных медицинскими учреждениями доз плазмы реконвалесценто́в, при этом распространение было схоже с другими обыч-

ными компонентами донорской крови и составило для О(І) - 32,14%, А(ІІ) - 35,14%, В(ІІІ) - 22,40%, АВ(ІV) - 10,31%. В Российских методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 (версия 14) трансфузия антиковидной плазмы показана пациентам при отсутствии у них значимого собственного иммунного ответа и наличия IgG к SARS-CoV2 менее 20 BAU/мл у невакцинированных пациентов или IgG к S1 домену Spike гликопротеина вируса SARS-CoV-2 менее 50 BAU/мл у вакцинированных пациентов. В конце 2021 года ВОЗ официально опубликовало, что применение плазмы реконвалесцентов не улучшает выживаемость и не снижает потребность в искусственной вентиляции легких у пациентов легкой и средней степени тяжести, в то же время у пациентов с тяжелым течением COVID-19 исследования продолжаются. В настоящий момент в России налаживается производство высокоочищенного препарата иммуноглобулина из пула плазмы доноров реконвалесцентов, что позволяет значительно повысить концентрацию получаемых иммуноглобулинов, а следовательно, улучшить клиническую эффективность препарата при снижении побочных действий и других факторов, связанных с применением донорских гемокомпонентов.

ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В СВЕТЕ НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Храпунова И.А., д.м.н.

ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора,

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Отходы медицинских организаций представляют собой опасность в первую очередь в эпидемиологическом отношении, т.к. доказано, что обсемененность их вирусами и бактериями на несколько порядков выше, чем твердых коммунальных отходов. В группу риска возможного инфицирования возбудителями самых разных инфекционных заболеваний попадает медицинский персонал, поскольку уже в руках медицинского работника использованный шприц, после проведенной инъекции, превращается в медицинский отход класса Б, который при неосторожном или неправильном обращении может стать причиной инфекционных заболеваний - таких как

гепатит В, С, ВИЧ-инфекция и др. Необеззараженные отходы опасны также для населения в случае попадания их на контейнерные площадки, полигоны, свалки, где с ними могут контактировать дети или другие категории граждан. В связи с этим важность нормативных документов, регламентирующих порядок обращения с медицинскими отходами и мероприятия по обучению и строгому их выполнению, представляются чрезвычайно важной задачей.

В 2021 году вышел СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», в главе X которого представлены требования к обращению с медицинскими отходами. СанПиН 2.1.3684-21 (далее Правила) определяет требования к сбору, использованию, обезвреживанию, размещению, хранению, транспортировке, учету и утилизации медицинских отходов, соблюдение которых должно быть обеспечено при обращении с медицинскими отходами. Определение классов опасности медицинских отходов является предметом регулирования не СанПиН 2.1.3684-21, а Федерального закона №323-ФЗ и Постановления правительства №681, что отражено в ссылке 48 к п.157 Правил.

В Правилах имеется ряд новых положений и уточнений, которые коснулись схемы обращения с медицинскими отходами, сроков временного хранения отходов в медицинской организации, способов и режимов обеззараживания/обезвреживания отходов классов Б и В, определен порядок действия персонала при аварийных ситуациях (выход из строя дезинфекционного оборудования, рассыпание упаковок с опасными отходами, попадания биологических жидкостей на кожу и слизистые), предложено документальное подтверждение факта обезвреживания отходов и другое.

Выполнение новых нормативных регламентов по обращению с медицинскими отходами позволит уменьшить риски возникновения ИСМП у медицинского персонала и предотвратить распространение инфекции за пределы медицинской организации.

ПОВЫШЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ГИГИЕНЕ РУК КАК РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП. РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО КОЛИЧЕСТВА КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК ПЕРСОНАЛА (ПО МАТЕРИАЛАМ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА)

Храпунова И.А., д.м.н.

ФБУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Шестопалова Т.Н.

ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора

Требование выполнения медицинским персоналом правил при обработке рук не принесет ожидаемого эффекта без осознанной необходимости каждого медицинского работника их соблюдать. В связи с этим в Пилотный проект (далее Проект) «Совершенствование мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации», рассчитанный на период с 2019 по 2021 годы для обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской помощи и минимизации рисков возникновения ИСМП, внесены соответствующие показатели. Мы изучили динамику показателя № 4 «Доля лиц, успешно прошедших обучение по вопросам правильности обработки рук всех категорий медицинских работников», который к концу III этапа (2022 год) должен составлять 100%.

Результаты исследования за третий квартал 2021 года показали, что охват обучением медицинских работников вопросам профилактики ИСМП, в том числе правилам обработки рук, составил 97%. Успешно ответили на вопросы тестов 75,7% медицинских работников организаций-участников Проекта, что практически в 2 раза превышает данные 2019 года (34,5%). В процесс обучения вовлекаются не только средние медицинские работники, но и врачи-хирурги, врачи-анестезиологи, акушеры-гинекологи, неонатологи, врачи-лаборанты. В ряде организаций обучение проводится в рамках непрерывного медицинского образования в образовательных учреждениях на базе медицинских вузов, медицинских колледжей и непосредственно на рабочих местах по разработанным для каждой категории медицинских работников тестам.

Соблюдение правил обработки рук как важнейшей меры в профилактике

распространения ИСМП и ИОХВ подтверждается результатами показателя №6 «Повышение приверженности персонала медицинских организации соблюдению правил асептики и гигиены рук», который к концу III этапа также должен достичь 100%. Показатели соблюдения правил гигиенической обработки рук за третий квартал 2021 года, по данным правильных ответов по чек-листам, практически совпадают с показателями наблюдений (89,4% и 91,5% соответственно), что свидетельствует об объективности показателей по чек-листам и росту комплаентности к гигиене рук медицинского персонала организаций-участников Пилотного проекта.

В ходе реализации Пилотного проекта удалось откорректировать и уточнить порядок расчета показателей необходимой обеспеченности медицинской организации спиртовыми кожными антисептиками (КА) для обработки рук хирурга и гигиенической обработки рук, которые прошли апробацию на группе медицинских организаций (отделений) разного профиля (акушерские, хирургические, реанимационные, инфекционные). Предложена методика расчета объема кожного антисептика на один койко-день. Установлено, что в среднем на один койко-день потребность в КА составляет 65–75 мл. По эпидемическим показаниям, например, при работе в «красной зоне», когда расход КА возрастает, этот показатель может быть увеличен до 100 мл на один койко-день. Фактическая обеспеченность КА в организациях-участниках Проекта достигла 97–120%, что соответствует намеченным проектным результатам: 100% в конце II этапа Проекта.

РИСК ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИСМП

Шулакова Н.И., д.м.н., Тутельян А.В. член-кор. РАН, д.м.н.,

Сычева Н.В., Акимкин В.Г., акад. РАН, д.м.н.

ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора

Инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), остаются одной из значимых проблем современного здравоохранения. По данным ВОЗ в США, в соответствии с оценками Центров контроля и

профилактики заболеваний, около 1,7 миллиона случаев внутрибольничных инфекций, вызванных всеми типами микроорганизмов, приводят или сопутствуют 99 000 смертям ежегодно. По данным выборочных зарубежных исследований, показатель ИСМП среди новорожденных - 100–355 на 1000 родившихся живыми.

В современных условиях одной из актуальных и сложных проблем акушерства и перинатологии остаются внутриутробные инфекции новорождённых (ВУИ). По данным мировой литературы, достоверных критериев диагностики ВУИ еще не найдено, так как диагностика ВУИ связана с определенными трудностями, а тотального скрининга на ВУИ нет ни в одной стране мира. В настоящее время отсутствуют достоверные данные о частоте ВУИ. По литературным данным, частота ВУИ варьирует от 2,0–6,0% до 21–37–58%, однако в публикациях в ряде случаев приводятся показатели без учета различий между внутриутробными инфекциями и внутриутробным инфицированием.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека, в стране число случаев ВУИ многократно превышает количество ГСИ новорождённых, что может свидетельствовать о возможном сокрытии случаев внутрибольничной инфекции у новорождённых под диагнозом «внутриутробная инфекция» или о гипердиагностике ВУИ вследствие отсутствия утвержденных критериев постановки диагноза ВУИ. Соотношение внутрибольничных ГСИ новорождённых к ВУИ новорождённых в 2010 году по Российской Федерации составляло 1:4,7, а в 2020 году уже - 1:12,7.

Существующий до настоящего времени разрыв в показателях регистрируемой и истинной заболеваемости ГСИ, отсутствие достоверных данных о частоте ВУИ не позволяет в системе эпидемиологического надзора осуществить качественную эпидемиологическую диагностику. Внедрение риск-ориентированных технологий позволит существенно улучшить информационное обеспечение системы эпидемиологического надзора за ИСМП посредством полного и своевременного получения информации об этих инфекциях в учреждениях родовспоможения и факторах, их обуславливающих. Идентификация особенностей и мониторинг детерминант, групп и факторов, активно влияющих на эпидемический процесс, обеспечит высокую эффективность системы контроля госпитальных инфекций родильниц и новорожденных в акушерских стационарах.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ, СТОЛЬНЯКУ И КОКЛЮШУ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ..... | 4 |
| АНТИМИКРОБНЫЕ ТКАНИ В СИСТЕМЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ..... | 5 |
| О РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАБИНЕТА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В 2021 ГОДУ..... | 6 |
| ВЛИЯНИЕ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВОКОРОНАВИРУСНЫМИ ВАКЦИНАМИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ COVID-19 СОТРУДНИКОВ КРУПНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ..... | 8 |
| ГРИПП И SARS-2. ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСОВ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2021-2022 гг..... | 9 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ПРОСПЕКТИВНОГО РАЗНОНАПРАВЛЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ОРТ У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ В ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»..... | 10 |
| ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ..... | 12 |
| ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИСМП К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ..... | 13 |

| | |
|---|----|
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ..... | 15 |
| ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГИОНЕЛЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ..... | 16 |
| АЛГОРИТМ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ..... | 17 |
| ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 В ОБЩЕЖИТИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ИХ ПЛАНИРОВОЧНОГО УСТРОЙСТВА (НА ПРИМЕРЕ Г. МОСКВЫ)..... | 20 |
| ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ИСКОРЕНЕНИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА: АКТУАЛЬНЫЙ СТАТУС, ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ..... | 21 |
| ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОБЪЕКТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.... | 23 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19..... | 24 |
| НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ: АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ..... | 26 |
| РИСКИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА МОСКВЫ..... | 27 |

| | |
|--|----|
| ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С COVID – 19 В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА..... | 29 |
| ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ, УСТРОЙСТВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУХА, ПОВЕРХНОСТЕЙ И РУК В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19..... | 31 |
| ИЗУЧЕНИЕ СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ..... | 32 |
| СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АКТУАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В УСЛОВИЯХ ЛПО...34 | |
| ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ. РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... | 35 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ ПАЦИЕНТОВ..... | 39 |
| ОБЗОР ДЕФЕКТОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... | 40 |
| ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. А.С. ПУЧКОВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19..... | 42 |
| ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭПИДПАРОТИТА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА..... | 44 |
| АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ..... | 46 |

| | |
|--|----|
| ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ»..... | 47 |
| ОПЫТ ЗАГОТОВКИ ПЛАЗМЫ ДОНОРОВ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19 В ФГБУЗ ЦЕНТРЕ КРОВИ ФМБА РОССИИ..... | 49 |
| ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В СВЕТЕ НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ..... | 50 |
| ПОВЫШЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ГИГИЕНЕ РУК КАК РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП. РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО КОЛИЧЕСТВА КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК ПЕРСОНАЛА (ПО МАТЕРИАЛАМ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА)..... | 52 |
| РИСК ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИСМП..... | 53 |