

оказания практической и методической помощи женскому и детскому сельскому населению 2-мя передвижными женско-детскими бригадами осуществляются выезды в районы. По области медицинскими работниками уделяется большое внимание вопросам планирования семьи. В каждом районе отработана система оказания медицинского консультирования по планированию семьи, прерыванию беременности при наличии социальных и медицинских показаний, определены учреждения по прерыванию беременности при больших сроках с целью недопущения материнской смертности от абортов, в том числе криминальных.

Таким образом, профилактическим мероприятиям, направленным на совершенствование охраны репродуктивного здоровья, предупреждение распространения

ИППП и незапланированной беременности во всех лечебно-профилактических организациях Восточно-Казахстанской области, а также на всех этапах оказания медицинской помощи уделяется большое внимание как одному из приоритетных и важных направлений здравоохранения.

Литература:

1. Экология и репродуктивное здоровье женщин Казахстана. - Алматы, 2001.-211 с.
2. Целкович Л.С., Рогачёва В.С. Репродуктивная функция у женщин, в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды // Акушерство и гинекология. - 1998. - № 2 - С. 24-27.

УДК 616.9-022.363-084(076.1)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

Г. Н. Кызыметова, С. К. Касымбекова

РГКП «ВК О ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

Резюме

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения. В работе проведен углубленный анализ распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области с учетом локализации патологического процесса, половой принадлежности, возраста, типа лечебно-профилактического учреждения в трехлетний период с определением удельного веса и интенсивного показателя.

Тұжырым

Аурухана аралық инфекциялардың Шығыс Қазақстан өлкесіндегі эпидемиологиялық мінездемесі

Аурухана аралық инфекциялардың мәселесінің өзектілігімен олардың әр түрлі профиль медициналық мекемелеріндегі кең таратумен анықталады және тұрғынның денсаулығына бұл ауру келтіретін түбегейлі залалмен. Жұмыста меншікті салмақ және қарқынды көрсеткіштің анықтауы бар үш жылдық мерзіміне патологиялық процестің оқшау бөлігінің есепке алуы бар шығыс - Қазақстандық облысы, жыныс тиістілігі, жас шамасы, емдік-алдын алу мекеменің түрінің емдік-алдын алу мекемелеріндегі аурухана аралық инфекциялардың көп таралғандығы терең талдау жүргізілген.

Summary

The epidemiological characteristic of intrahospital infections in East region of Kazakhstan

The urgency of a problem of intrahospital infections is defined by their wide circulation in medical institutions of a various profile and the considerable damage put by these diseases to health of the population. In work the profound analysis of prevalence of intrahospital infections in treatment-and-prophylactic establishments of the East Kazakhstan area taking into account localization of pathological process, a sex, age, type of treatment-and-prophylactic establishment during the three-year period with definition of relative density and an intensive indicator is carried out.

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения.

ВБИ не просто определяют дополнительную заболеваемость: они увеличивают продолжительность лечения и приводят к возрастанию расходов на госпитализацию, вызывают долговременные физические и неврологические осложнения, нарушение развития, нередко приводят к гибели пациентов. Обычно проявления инфекции отмечаются через 48 ч после госпитализации [1].

Рост заболеваемости ВБИ обусловлен рядом причин: демографическими изменениями в обществе, прежде всего увеличением удельного веса лиц старше-

го возраста, увеличением числа лиц, относящихся к контингентам повышенного риска (больные хроническими заболеваниями, недоношенные новорожденные и другие); формированием и широким распространением полирезистентных к антибиотикам внутрибольничных штаммов условно-патогенных микроорганизмов, отличающихся более высокой вирулентностью и повышенной устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, в том числе к дезинфектантам; внедрением в практику здравоохранения более сложных оперативных вмешательств, широким применением инструментальных методов диагностики и лечения, частым использованием терапевтических средств, подавляющих иммунную систему, нарушением санитарно-гигиенического и противозидемического режимов [2].

Исследование превалентности, проведенное под эгидой ВОЗ в 55-ти лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) 14-ти стран мира, показало, что в среднем 8,7% (3—21%) госпитализированных пациентов имели внутрибольничную инфекцию. В любой момент времени более 1,5 млн. людей во всем мире страдают от инфекционных осложнений, приобретенных в ЛПУ [3].

В зависимости от действия различных факторов, частота возникновения внутрибольничных инфекций колеблется в среднем от 3 до 5%, в некоторых группах пациентов высокого риска эти показатели могут быть на порядок выше. За год регистрируется около 2-х млн. случаев внутригоспитальной инфекции, что вызывает огромные финансовые расходы.

Тяжесть ситуации усугубляется тем, что возникновение внутрибольничных инфекций приводит к появлению и распространению резистентности к противомикробным препаратам, при этом проблема антибиотико-резистентности выходит за пределы медицинских учреждений, затрудняя лечение инфекций, распространяющихся среди населения.

Внутрибольничные инфекции регистрируют повсеместно, в виде вспышек или спорадических случаев. Практически любой пациент стационара предрасположен к развитию инфекционных процессов. ВБИ характеризуют высокая контагиозность, широкий спектр возбудителей и разнообразные пути их передачи; возможность вспышек в любое время года, наличие пациентов с повышенным риском заболевания и возможность рецидивов [4].

Особенности эпидемического процесса при внутрибольничной инфекции зависят от свойств возбудителя, типа учреждения, контингента больных, качества организации медицинской помощи, санитарно-гигиенического и противозидемического режимов.

Источниками инфекции являются:

- больные острой, стёртой или хронической формой инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;
- медицинский персонал (врачи, медицинские сестры, санитарки);
- носители, а также страдающие манифестными или стёртыми формами инфекций;
- матери (в основном в акушерских стационарах и отделениях для детей раннего возраста) - носители или больные.

Большое значение при переносе инфекции от одного пациента к другому играют руки обслуживающего больного персонала. Медицинский персонал должен мыть руки до и после выполнения всех манипуляций пациентам, выделенным в группу высокого риска развития ВБИ. Мытьё рук и использование перчаток не исключают друг друга. Причём, мытьё рук после снятия перчаток также необходимо, так как они могут быть незаметно порваны или содержать невидимые трещины или повреждения.

Необходимо отметить значительное обсеменение объектов окружающей среды вследствие активной циркуляции госпитальных штаммов условно-патогенной микрофлоры между больными и персоналом, способствующее формированию нового контингента носителей.

Иначе говоря, происходит естественный кругооборот условно-патогенной микрофлоры по схеме «медицинский персонал (больные) => внешняя среда => медицинский персонал (больные)», поддерживающий постоянный эпидемический процесс в ЛПУ.

Не меньшее значение имеют медицинские манипуляции и их характер. Часто ВБИ возникают после оперативных вмешательств и инвазивных лечебных и диагностических процедур (например, катетеризация вен и мочевого пузыря). Определённый вклад вносит новая медицинская аппаратура, требующая особых методов стерилизации [5, 6].

Исходя из вышеизложенного, *целью исследования* явилась оценка распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области в период с 2007 г. по 2009 г.

Объем и методы исследования. Проведен углубленный анализ распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области с учетом локализации патологического процесса, половой принадлежности, возраста, типа лечебно-профилактического учреждения в трехлетний период с определением удельного веса и интенсивного показателя.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период в трехлетней динамике было зарегистрировано всего 58 случаев внутрибольничной инфекции, в том числе в 2007 г и 2008 г. – одинаковое количество случаев – по 24, в 2009 году наблюдалось снижение на 41,7 % - до 14-ти случаев, интенсивный показатель на 1000 госпитализированных больных составил 0,1; 0,11 и 0,07 соответственно (таблица 1).

Таблица 1 - Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями по ВКО в динамике 2007-2009 гг.

| Зарегистрировано ВБИ | Исследуемый период, годы | | |
|--|--------------------------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 |
| Всего | 24 | 24 | 14 |
| Показатель на 1000 госпитализированных | 0,10 | 0,11 | 0,07 |
| В т.ч. лабораторно подтверждено | 22 | 21 | 10 |
| Удельный вес, % | 91,7 | 87,5 | 71,4 |

Анализ имеющихся литературных данных показывает, что в структуре ВБИ выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности, в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии.

Анализ локализации патологического процесса ВБИ в областном масштабе так же показал распространенность гнойно-септических инфекций, удельный вес которой в период с 2007 г. по 2009 г. варьировал в пределах 70,8-78,6 % случаев (таблица 2).

Наименьший уровень ВБИ зафиксирован для инфекции мочевыводящих путей, которая по данным лабораторных исследований была обнаружена только в 2008 году и составила 4,2 % всех случаев ВБИ.

Таблица 2 – Характеристика локализации патологического процесса ВБИ

| Локализация патологического процесса | Исследуемый период, годы | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ГСИ | 18 | 75,0 | 17 | 70,8 | 11 | 78,6 |
| Инфекция мочевыводящих путей | 0 | 0 | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 |
| Инфекция дыхательных путей | 0 | 0 | 2 | 8,3 | 1 | 7,1 |
| Другие | 6 | 25,0 | 4 | 16,7 | 2 | 14,3 |

Примечание:

- 1 – абсолютный показатель
- 2 – удельный вес, %

Структурный анализ ВБИ в многопрофильных стационарах специфичен и определяется коечной ёмкостью, профилем и характером проводимого в ЛПУ лечения, а также нозологией и возрастным составом госпитализируемых.

Оценка результатов исследования по профилю ЛПУ определила высокий удельный вес ВБИ в родовспомогательных учреждениях региона, на базе которых в 2007 году зарегистрировано 22,2 % случаев, в 2008 – 52,9 %, в 2009 – 45,5 % всех случаев ВБИ (таблица 3).

Таблица 3 – Распространенность ВБИ в зависимости от профиля ЛПУ

| Лечебно-профилактические учреждения | Исследуемый период, годы | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Хирургический стационар | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Родовспомогательное учреждение | 4 | 22,2 | 9 | 52,9 | 5 | 45,5 |
| Постинъекционные осложнения | 10 | 55,6 | 8 | 47,1 | 6 | 54,5 |
| Другие ЛПУ | 1 | 5,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Примечание:

- 1 – абсолютный показатель
- 2 – удельный вес, %

Обращает на себя внимание различие в показателях распространенности ВБИ по половой принадлежности. Результаты исследования по половому признаку определили преобладание зарегистрированных случаев ВБИ среди мужского населения области. Так, в 2007

году удельный вес ВБИ среди мужчин составил 66,7 % против 33,3 % у женщин, в 2008 году - 50% против 50 % соответственно; в 2009 году – 57,1 % против 42,9 % соответственно (рисунок).

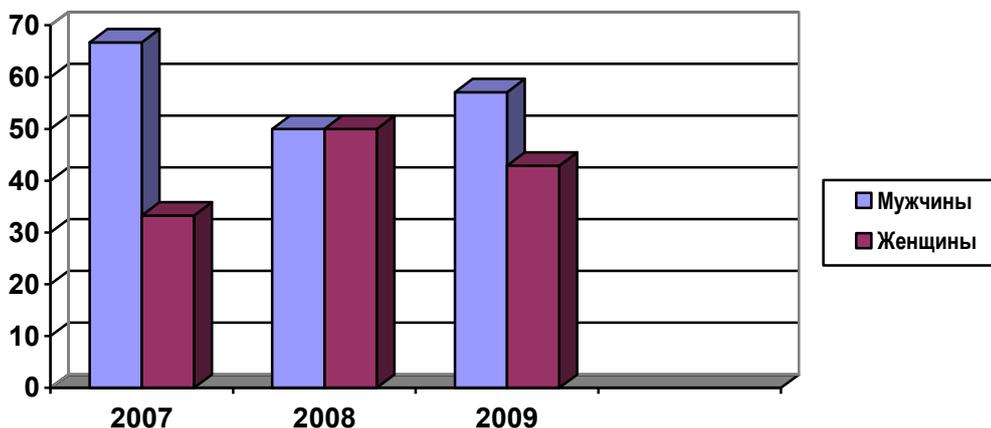


Рисунок – Распространенность ВБИ в зависимости от половой принадлежности в 2007-2009 гг.

Эпидемиологический анализ результатов исследования ВБИ в зависимости от возрастного критерия определил наиболее уязвимые для возникновения ВБИ группы населения – дети в возрасте 1-14 лет и до 1 месяца (таблица 4).

ВБИ вызываются большой группой микроорганизмов, которая включает представителей патогенных и

условно-патогенных микроорганизмов. Основная масса ВБИ на современном этапе вызывалась условно-патогенными возбудителями, к которым относятся стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, клебсиеллы, кишечная палочка, сальмонеллы, энтеробактер, энтерококки, серрации, бактероиды, клостридии, кандиды и другие микроорганизмы.

Таблица 4 – Эпидемиологическая характеристика ВБИ в зависимости от возрастного показателя в 2007-2009 гг.

| Возрастной критерий | Исследуемый период, годы | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| до 1 месяца | 4 | 16,7 | 8 | 33,3 | 4 | 28,6 |
| от 1 месяца до 1 года | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 1 | 7,1 |
| 1-14 лет | 8 | 33,3 | 4 | 16,7 | 2 | 14,3 |
| 15-49 лет | 6 | 25,0 | 6 | 25,0 | 3 | 21,4 |
| старше 50-ти лет | 6 | 25,0 | 5 | 20,8 | 4 | 28,6 |

Примечание:

1 – абсолютный показатель

2 – удельный вес, %

Заключение. Таким образом, полиэтилогичность ВБИ и многообразие источников их возбудителей определяют многообразие механизмов, путей и факторов передачи, имеющих свою специфику в стационарах различного профиля. Комплекс дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, направленных на уничтожение всех вегетативных споровых форм микроорганизмов в воздухе функциональных помещений и палатных секций, на объектах в окружении больного, изделиях медицинского назначения, сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противозидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ и сохранить здоровье больным.

Литература:

1. Семина Н. А. Актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней. – М.: Медицина, 1999. – 127 с.
2. Шерертц Н., Хэмптон У., Ристучина А. Внутрибольничная инфекция / Под ред. Р. П. Венцела. – М.: Медицина, 1990. – 503 с.
3. Медицинская микробиология / Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 692 с.
4. Профилактика внутрибольничных инфекций: Руководство для врачей. / Под ред. Е. П. Ковалевой, Н. А. Семиной. – М.: Медицина, 1993. – 238 с.
5. Яфаев Р. Х., Зуева Л. П. Эпидемиология внутрибольничной инфекции. – Л.: Медицина, 1989. – 436 с.

УДК 613.632+616.2

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Л. М. Амреева

Восточно-Казахстанский государственный университет им. С. Аманжолова, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье проведен анализ состояния бронхолегочной системы рабочих свинцового производства. Условия труда свинцового производства могут вызвать снижение эластичности легочной ткани пневмосклеротического характера, поражение мелких бронхов и бронхиол с нарушением их проходимости, ведущими, в свою очередь, к возникновению гипоксемии.

Тұжырым

Жұмыс істейтін қорғасын өндірістер тыныстар жүйелер күйлер бағасы

Мақалада жұмыс қорғасын өндірістер тыныстар жүйелер күйлер талдауы өткізілген. Қорғасын өндірістер еңбектің шарттары пневмосклеротического сипаттың өкпе кездемелер икемділіктер төмендетуі шақыра алады, олардың өткізгіштігінен бұзушылықпен майда қолқаларлардың және бронхиолдардың ұтылу, бастаушы, өзінің кезекке, қанда оттегінің азаяуыға пайда болуға.

Summary

Assessment of working bronchopulmonary lead production

The article analyzes the state of the bronchopulmonary system of workers of lead production. Working conditions lead production can cause a decrease in the elasticity of lung tissue pneumosclerotic character, defeat the small bronchi and bronchioles, in violation of their cross-country, leading in turn to the emergence of hypoxemia.

Технологические процессы свинцового производства являются мощными источниками пылегазовыделений. Аэрозоли сложного химического состава цеха, содержащие значительные количества Pb, Zn, SiO₂, Cu, As, Sb, Cd, Fe, S и др., способны оказывать весьма неблагоприятное воздействие на организм работающих. При этом, одним из основных путей поступления химических соединений в организм являются органы дыхания. Становясь своеобразной "мишенью" для полиме-

таллической пыли и газов, неблагоприятных метеословий и других вредных факторов бронхолегочная система может претерпевать различные функциональные и структурные изменения [1,2].

В этой связи, *цель исследования:* оценка состояния дыхательной системы у рабочих свинцового производства в динамике производственного стажа.

Материалы и методы исследования: изучены условия труда свинцового завода ОАО "Казцинк", струк-