

4. Александров А.А. Выявление расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в общемедицинской практике / А.А. Александров // Медицина. – 2007. – № 1 (56). – С. 12–15.

5. Acetaldehyde-induced cardiac contractile dysfunction may be alleviated by vitamin B1 but not by vitamins B6 or B12 / N.S. Aberle, L. Burd, B.H. Zhao [et al.] // Alcohol & Alcoholism. – 2004. – Vol. 39, № 5. – P. 450–454.

6. Biphasic changes in cardiac excitation-contraction coupling early in chronic alcohol exposure / G.L. Aistrup, J.E. Kelly, M.R. Piano [et al.] // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. – 2006. – Vol. 291. – P. H1047–H1057.

Резюме

Боброва Е.В., Коломиец В.В. Алкогольная кардиомиопатия.

В статье описаны формы поражения сердца при алкогольной интоксикации, основной из которых является алкогольная кардиомиопатия, а также влияние алкоголя на организм. Представлены этиология, патогенез и стадии алкогольной кардиомиопатии. Описаны все методы диагностики, дифференциальной диагностики алкогольной кардиомиопатии с ИБС и миокардитами, а также лечение алкогольной кардиомиопатии.

Ключевые слова: алкогольная кардиомиопатия, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Резюме

Боброва О.В., Коломиець В.В. Алкогольна кардіоміопатія.

У статті описані форми ураження серця при алкогольній інтоксикації, основною з яких є алкогольна кардіоміопатія, а також вплив алкоголю на організм. Представлені етіологія, патогенез та стадії алкогольної кардіоміопатії. Описані всі методи діагностики, диференціальної діагностики алкогольної кардіоміопатії з ІБС та міокардитом, а також лікування алкогольної кардіоміопатії.

Ключові слова: алкогольна кардіоміопатія, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

Summary

Bobrova H.V., Kolomiets V.V. Alcoholic cardiomyopathy.

The forms of heart disease in alcohol intoxication, the main of which is the alcoholic cardiomyopathy, as well as the effects of alcohol on the body describes this article. Presented the etiology, pathogenesis and stage of alcoholic cardiomyopathy. Describes all methods of diagnosis, differential diagnosis of alcoholic cardiomyopathy with coronary artery disease and myocarditis, and treatment of alcoholic cardiomyopathy.

Key words: alcoholic cardiomyopathy, the etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Иванова

УДК 616-002.5-084 (477.61)

АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В ЛУГАНСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ДИСПАНСЕРІ

Д.В. Бріндак, В.К. Ляшко, Р.А. Родина,

Д.В. Хотлубей, А.В. Александрін

Луганська міська філія ДУ «Луганський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України»,

ДУ «Київський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України»,

ДУ «Донецький обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України»,

Головне управління Держсанепідслужби у Запорізькій області,
Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

Вступ

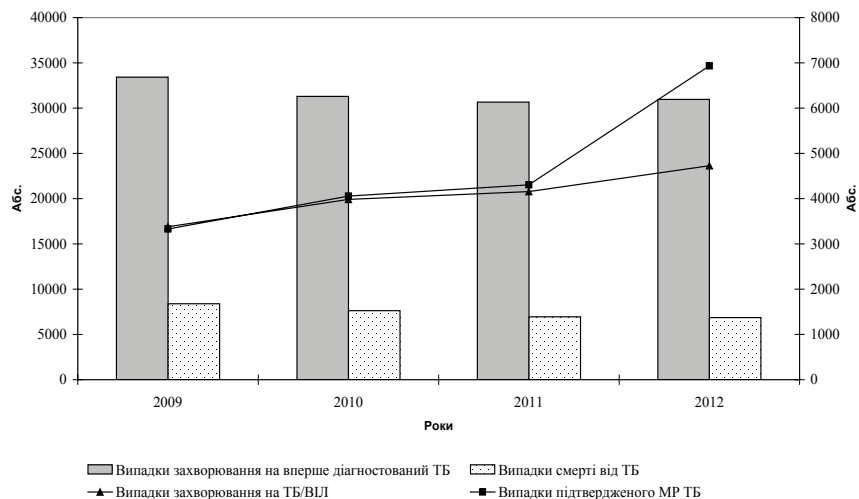
У всьому світі туберкульоз (ТБ) є провідною причиною смертності, що пов'язана з інфекційними захворюваннями. За даними ВООЗ, близько третини населення планети – два мільярда людей – інфіковані *Mycobacterium tuberculosis* і схильні до ризику захворювання; щорічно більше ніж у восьми мільйонів чоловік розвивається активний ТБ і приблизно два мільйони вмирають від цієї хвороби [9].

В Україні в 2012 р. було зареєстровано 30958 вперше виявлених хворих на всі форми активного ТБ, захворюваність при цьому склала 68,1 на 100 тис. населення. Показник смертності від ТБ по країні в 2012 р. склав 15,1 на 100 тис. населення, померло від усіх форм ТБ 6862 особи [8].

Незважаючи на те, що в останні роки загальна кількість випадків ТБ та смерті, зумовленої ним, в Україні знижується, проблема ускладнюється поширенням мультирезистентного (МР ТБ) та ТБ, поєднаного з ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ) (рисунок) [7, 8].

Також в останні роки все більшу увагу привертають випадки внутрішньолікарняної передачі збудника ТБ [6, 11]. Молекулярно-генетичні дослідження підтверджують численні факти перехресного зараження пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в туберкульозних стаціонарах, в тому числі й випадки зараження МР ТБ [5, 10].

Рис. Розподіл кількості зареєстрованих випадків захворювань на всі форми ак-



тивного ТБ, ТБ/ВІЛ, МР ТБ та смерті від усіх форм ТБ (Україна, 2009-2012 рр.)

Про можливе внутрішньолікарняне інфікування ТБ свідчать і факти реєстрації захворювань на ТБ серед медпрацівників лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), у тому числі протитуберкульозного профілю [1, 6]. Так в Україні в 2012 р. захворіло на ТБ (всі форми активного ТБ) 502 медпрацівника, з них 79 (15,7%) – працівники протитуберкульозних закладів [8].

Однією з причин цих вищезазначених негативних явищ є ігнорування та порушення заходів стандартів інфекційного контролю (ІК ТБ), що затверджені в Україні наказом Міністерства охорони здоров'я від 18.08.2010 р. №684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз» (Стандарт) [2, 4].

З метою оптимізації організаційних, адміністративних, технічних заходів ІК ТБ у закладах охорони здоров'я наказом Держсанепідслужби від 22.07.2012 р. №145 була створена експертно-консультативна робоча група Держсанепідслужби України з ІК ТБ (ЕКРГ), основним напрямком роботи котрої є здійснення експертної оцінки умов і потреб ЛПЗ фтизіатричного профілю при запровадженні засад адміністративного, організаційного та інженерного блоків ІК ТБ, та силами котрої було проведено дане дослідження [3].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Робота виконана в рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) Посилення контролю за ТБ в Україні, зареєстрованого Міністерством економічного розвитку і торгівлі України 26.06.2012 р. (реєстраційна картка №2684).

Метою даної роботи стала оцінка проблем та ризиків, що впливають на ефективність впровадження ІК ТБ в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері (ЛОПТД).

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації мети роботи ЕКРГ було здійснено моніторинговий візит до ЛОПТД. За розробленим ЕКРГ опитувальним листом моніторингового візиту «Інфекційний контроль в протитуберкульозних закладах» було оцінено поточний стан впровадження Стандарту ІК ТБ в ЛОПТД, а саме:

- наявність відповідальних осіб за впровадження заходів ІК ТБ;
- наявність та забезпечення реалізації розробленого плану контролю за поширенням ТБ із метою забезпечення своєчасної діагностики, призначення лікування та профілактики формування МР ТБ;
- організацію пункту збору мокротиння (включаючи місце розташування, графік роботи, наявність навченого персоналу);
- розділення приміщень ЛОПТД по зонах ризику інфікування ТБ;
- забезпечення доступності лабораторного тестування на ТБ;
- захворюваність на ТБ серед медичних працівників ЛОПТД;
- наявність і якість впровадження елементів адміністративного контролю, контролю за станом навколишнього середовища, а також забезпечення співробітників засобами персонального захисту.

Членами ЕКРГ Держсанепідслужби України з ТБ ІК при здійсненні моніторингового візиту з метою захисту органів дихання було використано респіратори «AURATM9322+» (FFP2) торгової марки «ЗМ». Тест на щільність прилягання даної марки респіраторів торгової марки «ЗМ» пройшли всі члени ЕКРГ 19.08.2013 р.

Під час моніторингового візиту до ЛОПТД членами ЕКРГ використовувалось наступне обладнання: генератор диму CHAUVET; лічильник частоток GT-526 Met One Instrument; ванеометр DWYER, USA; термоанемометр TESTO 425-1; UVc-метр X9-u Gigagertz-Optik.

Отримані результати та їх обговорення

Під час здійснення моніторингового візиту до ЛОПТД встановлено, що проектна потужність закладу становить 275 ліжко-місць, на момент здійснення візиту фактична наповнюваність склала 100%.

За структурою ЛОПТД у своєму складі має наступні відділення:

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

легеневого туберкульозу, малі форми без бактеріовиділення (БК-) (ВЛТ-1); легеневого туберкульозу, впершедіагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (БК+) (ВЛТ-2); легеневого туберкульозу, МР ТБ БК+ (ВЛТ-3); ТБ/ВІЛ (ВЛТ-4); легенева хірургія (ЛХВ) та відділення позалегенових форм туберкульозу (ВПФТ).

У складі ЛОПТД відсутнє діагностичне відділення, хворі надходять вже з встановленим діагнозом (транспортування власними силами). Оптимальне навантаження на ліжко-місце досягнуто шляхом розподілу хворих між територіальними диспансерами Луганської області через делегування функцій центральної лікарської консультативної комісії, що значно зменшує міграційні процеси осіб, хворих на ТБ (зменшується ризик інфікування).

Наказом ЛОПТД від 01.02.2013 р. №60 «О создании комиссии по инфекционному контролю в облтубдиспансере» було створено комісію з ІК ТБ, котру очолив головний лікар закладу, зазначеним наказом було затверджено «План заходів по инфекционному контролю в Луганском областном противотуберкулезном диспансере на 2013 год» (План), котрий включає 4 пункти організаційних заходів, 22 – адміністративних, 4 – інженерні заходи та 6 заходів з індивідуального захисту органів дихання.

Проведений аналіз Планів за 2013 та 2012 рр. показав формальний підхід до питань адміністративного контролю, як одного з компонентів ІК ТБ. Так, в Плані на 2012 р. був взагалі відсутній розділ «Організаційні заходи», а в розділі «Адміністративні заходи» містилися пункти щодо проведення ремонтів (наприклад: завершення ремонтних робіт у санітарно-гігієнічному блоці, проведення ремонту в сестринській, ремонт в палаті 8), котрі не мають відношення до впровадження ІК ТБ. В Планах відсутні графи, в котрих засвідчувалось би стан виконання заходів передбачених ними, тому з результатами виконання плану за 2012 р. можна ознайомитися лише в протоколі №1 засідання комісії з ІК ТБ, що відбулося 12.02.2013 р., крім того, протокол також відображає формальний підхід до проблеми нозокоміальної трансмісії ТБ у закладі.

Наприклад, в адміністративних заходах Плану на 2012 р. було передбачено необхідність проведення розрахунку потреби респіраторів (відповідальні особи – головний лікар і головна медсестра) і одноразових масок, у звіті зазначено про здійснення розрахунку та на його основі 100% забезпеченість респіраторами працівників закладу при умові їхньої зміни 1 раз на 2 тижні (дані зі звіту ВЛТ-3).

Однак, з огляду на те, що у 2012 р. було закуплено 300 респіраторів

при кількості працюючих у зонах високого ризику в ЛОПТД 131 – забезпечення респіраторами медичних працівників закладу становило лише 2,3 респіратори на рік, тобто розрахункова кількість респіраторів не здатна забезпечити безпеку персоналу. Навіть в тих підрозділах, де використовують респіратори не проводили фіт-тест (тест на щільність прилягання респіратору до обличчя). Наявність респіратору без проведення фіт-тесту не гарантує безпеку персоналу.

Проблемним питанням є оцінка регулярності засідання комісії закладу з ІК ТБ та заслуховування на них питань щодо виконання Плану за звітний період. Наприклад, засідання комісії було проведено 30.04.2013 р., але в протоколі не зазначено жодного слова про стан виконання Плану в І кварталі, що в разі не виконання заходів дало б змогу визначити об'єктивні причини його не виконання та внести відповідні корективи. Так, в І кварталі 2013 р. було передбачено встановлення дверей в коридорі ВПФТ (зона низького ризику інфікування ТБ, що розташована на 1 поверсі будівлі) з метою відмежування його від зони високого ризику інфікування ТБ (2 поверх, де розташовані ВЛТ-1 і ВЛТ-4), проте двері на момент здійснення візиту не встановлено, а причини не наведено.

Журнал протоколів засідання комісії з ІК ТБ розпочатий у 2013 р., тому відстежити можливість проведення засідань у минулі роки і теми, котрі на них були розглянуті, неможливо.

Захворюваність медичних працівників закладу аналізується, так в річному звіті роботи комісії ІК ТБ зазначено, що в динаміці з 2010 р. відмічено «значне» зниження захворюваності на ТБ серед медичних працівників з 4 випадків в 2010 р. до 3 та 2 в 2011 та 2012 рр. відповідно, однак при цьому кожен рік відмічено випадки рецидивів. Розбір випадків захворювання на туберкульоз медичних працівників диспансеру, комісією з ІК, не проводився. Якщо порівняти захворюваність персоналу ЛОПТД на ТБ (в 2012 р. загальна кількість персоналу склала 205) в інтенсивних показниках на 100 тис. медичних працівників, то в 2012 р. вона склала 975,6 на 100 тис. при аналогічному показнику серед загального населення Луганської області 71,1 на 100 тис., тобто відносний ризик захворіти на ТБ співробітників ЛОПТД в 13,7 рази вищий за загальне населення області.

За результатами проведеної відповідної експертної оцінки історій хвороб встановлено, що переведення хворих у профільні відділення проводиться своєчасно (протягом 8 годин після отримання діагностичних результатів).

На момент здійснення візиту в закладі не працює діагностичний апарат БАКТЕК (зі слів адміністрації через відсутність витратних діагностикумів), що суттєво унеможливило своєчасність та адекватність специфічної терапії пацієнтів (знижується ефективність лікування та створюється можливість формування МР ТБ), робить поділ на зони ризику умовними, підвищує ризик можливої трансмісії ТБ в закладі.

Пункт збору мокротиння розташований на вулиці. Має пристосовану територію та визначений графік роботи.

У ході моніторингового візиту проведено оцінку наявних заходів контролю повітря закритих приміщень, за результатами котрого встановлено, що персонал закладу не в достатньому об'ємі володіє та незадовільно застосовує знання з ІК ТБ.

При оцінці заходів контролю повітря закритих приміщень у ВЛТ-2 встановлено, що відділення має один коридор, куди виходять палати, кабінети персоналу відділення, адміністративно-господарські приміщення. Двері між палатами та коридором старі та дерев'яні, що не забезпечує щільного їх замикання. До ВЛТ-2 ведуть одні сходи, котрі використовуються як хворими з БК+, так і відвідувачами та персоналом закладу. З іншого боку відділення межує з кафедрою фтизіатрії ДЗ «Луганський державний медичний університет». На межі з кафедрою знаходяться дерев'яні двері, що під час візиту були незачинені, з великою кількістю щілин, котрі сприяють проникненню повітря з коридору відділення до кафедри, що призведе до можливості зараження ТБ.

У ВЛТ-2 використовується тільки природна вентиляція за допомогою відкритих вікон та старих вентиляційних каналів будівлі, що унеможливило контрольований напрям руху повітря.

До складу відділення входить вісім палат для хворих з БК+ та БК-. Безпосередньо в холі, що знаходиться всередині відділення напроти палат з хворими БК+, розташований пост чергової медичної сестри.

Харчування хворих відбувається по палатах, однак роздача ліків відбувається у коридорі біля палати, куди по одному виходять хворі. Це сприяє розповсюдженню інфекційного аерозолу в коридорі.

ВЛТ-2 оснащено УФ-випромінювачами відкритого типу, вимикачі розташовані всередині приміщень (палатах та ін.). УФ-випромінювачі включають два рази на добу згідно з графіком. Протирання ламп 70% розчином етилового спирту відбувається рідше одного разу на два тижні (зі слів хворих). При детальному огляді УФ-випромінювачів було знайдено декілька екранів на УФ-лампи, що використовувалися не за призначенням (як рефлектор для УФ-випромінювача). За допомогою УФ-радіометра була перевірена ефективність усіх УФ-ви-

промінювачів у відділенні. Результати вимірів показали, що всі УФ-випромінювачі працюють ефективно.

У коридорі ВЛТ-2 розташовані два рециркулятори. В присутності медичного персоналу була доведена їх неефективність за допомогою термоанемометра та лінійки. Було розраховано, що за одну годину рециркулятор протягує через себе близько 50 м³, тоді як об'єм коридору становить приблизно 250 м³, тобто кратність обміну повітря, що створюється двома рециркуляторами, становить $100:250=0,4$ при необхідній згідно Стандарту ІК ТБ 6.

Інформаційні плакати, попереджувальні надписи для хворих, відвідувачів, працюючого персоналу представлені у відділенні у недостатній кількості, у такому вигляді, що не привертає увагу.

При оцінці заходів контролю повітря закритих приміщень в інших відділеннях ЛОПТД встановлено, що в цілому ситуація по стану вентиляції, УФ-випромінювачів, зонуванні приміщень, наглядній інформації подібна до ситуації у ВЛТ-2 та потребує негайного доопрацювання. У ході оцінки наявних заходів контролю повітря закритих приміщень в бактеріологічній лабораторії закладу встановлено, що лабораторія обладнана працюючою системою припливно-витяжної вентиляції, котра забезпечує напрямок руху повітря з зони низького та середнього ризику в зону високого ризику, що було перевірено за допомогою ванеометру та генератору диму. Є чітке зонування приміщень лабораторії на зони високого, низького та середнього ризику, дотримується поточність руху зразків.

Витягувальні вентсистеми для кожного приміщення – окремі місцеві, що вмикаються відповідними вимикачами. Проте в кімнаті приймання та підготовки зразків система витяжки змонтована з горизонтального повітропроводу та розташованих на ньому вентиляційних решіток з виводом через зовнішню стіну, але без вентилятора, що унеможливило роботу цієї системи як витяжної із-за відсутності різниці між висотою отвору для викиду та висотою розташування вентиляційних решіток (отвір для викиду повинен бути вище за решітки для створення природної «тяги» – на даху приміщення).

У кімнаті для досліджень на ТБ, що є зоною високого ризику утворення інфекційного аерозолу, членами ЕКРТ було підраховано кратність повітрообміну по об'єму витяжного повітря – вона дорівнювала 0,82, при нормативному 10-12 відповідно до Стандарту ІК ТБ, тобто фактично витяжна система вентиляції В-6 забезпечувала витяг близько 60 м³ повітря, замість 404 м³, зазначених у паспорті.

В автоклавній кімнаті, яку обслуговує витяжна вентиляційна система В-2, витяг повітря забезпечується підключеним до витяжної системи ковпаком, що розташований над автоклавом. При детальному огляді системи В-2 було виявлено відсутність вентилятора в системі вентиляції, що значно погіршує повітрообмін у кімнаті. Проте персонал був впевнений у наявності вентилятора і навіть постійно його «вмикав» вимикачем, призначеним для цього.

Викид повітря з усіх витяжних систем бактеріологічної лабораторії здійснюється на рівні третього поверху. За допомогою генератору диму була показана можливість потрапляння інфекційного аерозолу з лабораторії до вікон «чистих» зон – операційної на четвертому поверсі та кафедри на другому поверсі (в залежності від напрямлення вітру).

При інструментальній оцінці ефективності роботи трьох шаф біологічної безпеки, встановлених в зоні високого ризику, та УФ-випромінювачів лабораторії встановлено ефективну їх роботу, основні параметри (напрямок та швидкість руху повітря, відсоток утримання частинок НЕРА-фільтрами, щільність потоку УФ-випромінювання) відповідали паспортним значенням пристроїв.

Висновки

1. Поточний стан впровадження Стандарту ІК ТБ у ЛОПТД можна оцінити як умовно задовільний.

2. Позитивним моментом є володіння та певною мірою застосування управлінцями та персоналом закладу знань з ІК ТБ.

3. Негативними моментами, котрі знижують загальну оцінку до задовільної, є поверхневий підхід до заходів, котрі при мінімальних витратах здатні привести в найкоротший термін до максимального зниження ризику в зонах, де він найбільш високий. Виникає враження, що більшість таких заходів зроблено на папері лише для того щоб виконати той чи інший пункт Стандарту, для подальшого представлення різним контролюючим органам з метою уникнення притягнення до адміністративної відповідальності.

4. Проблемним питанням є забезпечення своєчасного та повноцінного фінансування заходів з ІК ТБ. Як приклад, своєчасна закупівля необхідної кількості респіраторів є найшвидшим та найдієвішим засобом захисту медичного та обслуговуючого персоналу закладу.

5. Перспективою подальших досліджень є оцінка проблем та ризиків, що впливають на ефективність впровадження ІК ТБ в інших закладах Луганської області, що надають допомогу хворим на туберкульоз.

Література

1. Асанов Б. М. К вопросу о туберкулезной инфекции среди медицинских работников / Б. М. Асанов // Нозокомиальная туберкулезная инфекция : I междунар. Рос. научн.-практич. конф., 14 – 15 ноября 2001 г. : материалы конф. – М., 2001. – С. 25.

2. Основы инфекционного контроля : практическое руководство / Американский международный союз здравоохранения. – М.: Альпина Паблишер, 2003. – 478 с.

3. Про експертно-консультаційну робочу групу Держсанепідслужби України з інфекційного контролю за туберкульозом : наказ Держсанепідслужби України 22.07.2012 р. № 145 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2013/07/Order145_SES_National-TB-IC-Expert-Group.pdf

4. Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз : наказ Міністерства охорони здоров'я від 18.08.2010 р. № 684 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0803-10>

5. Реймер К. Что представляет собой молекулярная эпидемиология и какова ее роль в борьбе с туберкулезом? / К. Де Реймер, П. М. Смолл // Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К. Томеку [под. ред. Т. Фридена]. – ВООЗ, Женева, 2004. – С. 344–348.

6. Саймоне П. М. Что представляет собой нозокомиальная передача туберкулеза и как можно ее предотвратить? / П. М. Саймоне // Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К. Томеку / Под. ред. Т. Фридена. – ВООЗ, Женева, 2004. – С. 324–328.

7. Тодоріко Л.Д. Особливості епідемії та патогенезу хіміорезистентного туберкульозу на сучасному етапі / Л.Д. Тодоріко // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2011. – № 4. – С. 38–41.

8. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки [Електронний ресурс]. / Голов. ред. О. К. Толстанов. – Київ, 2013 – Режим доступу : <http://ucdc.gov.ua/uk/statystyka/informatsijni-byulleteni/tuberkuloz>

9. Global tuberculosis report 2013 : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – Geneva, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf

10. Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects / EV. Kurbatova, A. Taylor, VM. Gammino [et al.] // Tuberculosis (Edinb). – 2012 (Sep). – № 92 (5). – P. 397–403.

11. Prevalence of and risk factors for resistance to second-line drugs in people with multidrug-resistant tuberculosis in eight countries: a prospective cohort study / T. Dalton, P. Cegielski, S. Akksilp [et al.] // The Lancet – 2012. – Vol. 380, № 9851. – P. 1406–1417.

Бріндак Д.В., Ляшко В.К., Родина Р.А., Хотлубей Д.В., Александрін А.В.
Аналіз впровадження заходів інфекційного контролю в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері.

За результатами здійснення моніторингового візиту експертно-консультаційної робочої групи Держсанепідслужби України стан впровадження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом (ИК ТБ) у Луганському обласному протитуберкульозному диспансері оцінено як умовно задовільний. Негативними моментами визначено поверхневий підхід до заходів, котрі при мінімальних витратах здатні привести в найкоротший термін до максимального зниження ризику інфікування ТБ у зонах, де він найбільш високий, та несвочасне й неповноцінне фінансування заходів з ИК ТБ.

Ключові слова: інфекційний контроль, туберкульоз, стандарт, моніторинговий візит, експертно-консультаційна робоча група

Резюме

Бриндак Д.В., Ляшко В.К., Родина Р.А., Хотлубей Д.В., Александрин А.В.
Анализ внедрения мероприятий инфекционного контроля в Луганском областном противотуберкулезном диспансере.

По результатам проведенного мониторингового визита экспертно-консультационной рабочей группы Госсанэпидслужбы Украины состояние внедрения Стандарта инфекционного контроля за туберкулезом (ИК ТБ) в Луганском областном противотуберкулезном диспансере оценено как условно удовлетворительное. Отрицательными моментами определено поверхностный подход к мерам, которые при минимальных затратах способны привести в кратчайшие сроки к максимальному снижению риска инфицирования ТБ в зонах, где он наиболее высок, и несвоевременное и неполноценное финансирование мероприятий по ИК ТБ.

Ключевые слова: инфекционный контроль, туберкулез, стандарт, мониторинговый визит, экспертно-консультационная рабочая группа

Summary

Brindak D., Liashko V., Rodyna R., Khotlubey D. Aleksandrin A. *Analysis of the implementation of infection control measures in the Lugansk Regional TB Dispensary.*

According to the results of the monitoring visit expert advisory working group State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine status of implementation of the Standard infection control of tuberculosis (IC TB) in Lugansk Regional TB Dispensary rated as conditionally satisfactory. The bad points defined superficial approach to the measures at minimum cost are able to lead as soon as possible to minimize the risk of infection with TB in areas where it is highest, and untimely and inadequate funding for IC TB.

Key words: infection control, tuberculosis, standard, the monitoring visit, expert advisory working group.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О.В. Дорошенко, И.В. Шоп

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В большинстве случаев этиология внутрибольничной (или нозокомиальной) диареи (ВБД) неинфекционная. За исключением инфекций *Clostridium difficile* (ИСД), распространенность диарей, вызванных норовирусами, токсигенными штаммами *Clostridium perfringens*, *Klebsiella oxytoca*, золотистым стафилококком, *Bacteroides fragilis* остается малоизвестной, а возможности их диагностики ограничены. Согласно данным клинических исследований, диарея развивается у 12% - 32% госпитализированных больных, но только ≤ 20% случаев связаны с ИСД [1]. Другие инфекционные причины встречаются редко, но изменения кишечной микрофлоры, присоединение при длительном пребывании в стационаре нозокомиальной инфекции, по-видимому, играют значительную роль у многих пациентов [2-5]. В данной статье будут рассмотрены инфекционные и неинфекционные причины ВБД, а также предложен алгоритм для диагностики и ведения пациентов с нозокомиальной диареей.

Внутрибольничная диарея является острым эпизодом диареи, которая отсутствовала при поступлении в стационар и возникает через 3 и более суток после госпитализации [6]. О диарее принято говорить, если хотя бы в течение 1 дня имели место ≥3 дефекаций с неоформленным стулом или значительное увеличение актов дефекации по сравнению с исходным [6,7]. Такое определение клинически оправдано, поскольку вероятность развития внебольничной вирусной, бактериальной или паразитарной инфекции спустя трое суток пребывания в стационаре достаточно низкая. Следовательно, врачи могут сосредоточиться на причинах развития диареи, которые более распространены у госпитализированных пациентов.

Внутрибольничная диарея является распространенным явлением и регистрируется у 22% - 32% пациентов [6]. В недавнем исследовании у