влияние снижения концентрации половых гормонов на заболевания тканей пародонта может быть минимизировано заместительной гормональной терапией.

1. Атрушкевич В.Г., Забалуева Э.Ю., Зорян Е.В., Несеяева Е.В. Состояние тканей пародонта на фоне гормонального дисбаланса у женщин // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2012. - № 3. - С. 21-22.
2. Кильмухаметова Ю. Х., Батиг В. М., Абрамчук И. И. Заболевания пародонта на фоне соматических патологий // Молодой ученый. — 2017. — №26. — С. 57-62
3. Сметник В.П. Эстрогены: от синтеза до клинического применения / Под. ред. В.П. Сметник - М.: Практическая медицина, 2012. - 176с.
4. Amar S., Chung K.M. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. Periodontology 2000; 6: 79—87.

Сметанин В.Н.

Гигиена рук медицинского персонала — основная мера в профилактике ИСМП

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.

Павлова

(Россия, Рязань)

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-06

idsp: sciencepublic-15-11-2019-06

Гигиена рук — это первоочередная мера инфекционного контроля, доказавшая высокую эффективность в предотвращении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и распространении антимикробной резистентности патогенных микроорганизмов. Еще в 1847 году И.Ф. Земмельвейс провел одно из первых в истории медицины аналитических исследований и убедительно доказал, что деконтаминация рук медицинского персонала перед инвазивными вмешательствами — важнейшая процедура, позволяющая предупредить возникновение ВБИ.

ИСМП поражают 5–10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения.

По данным многочисленных исследований одним из основных факторов распространения инфекции в ЛПУ являются руки медицинского персонала. Также доказано, что увеличение частоты соблюдения гигиены рук коррелирует со снижением частоты ИСМП и распространения антибиотикорезистентных штаммов. Мировая практика показывает, что качественная гигиена рук проводится лишь в 40,0%, т.е. из 10 случаев, при которых она необходима, лишь в четырех. Это связано, в первую очередь, с отсутствием достаточных знаний и навыков по технике обработки рук и должной мотивации у персонала. Из других причин — это недостаток времени, отсутствие необходимых условий, наличие проблем с кожей рук и профессиональных дерматитов, а также недостаток финансирования этого направления и в результате приобретение некачественных антисептиков или в меньшем количестве, чем потребность в них. Вместе с тем, гигиена рук это не только мытье и дезинфекция, но и уход за руками, а также рациональный выбор кожных антисептиков, мыла, средств по уходу.

Однако даже сегодня проблема обработки рук медицинских работников не может считаться решенной до конца. Исследования, проведенные ВОЗ, показали, что недостаточное соблюдение правил гигиены рук медперсоналом наблюдается как в развитых, так и в развивающихся странах. В п. 12.4.1. СанПин 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» определены научно-обоснованные показания к гигиенической обработке рук:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием [8].

Аналогичные требования к необходимости проведения гигиены рук выставляет и руководство ВОЗ.

Практический опыт и огромное количество публикаций, посвященных проблеме гигиены рук медицинских работников, показывают, что эта проблема и более чем через полторы сотни лет после того, как она была поднята И.Ф. Земмельвейсом, не может считаться решенной. И сегодня большинство возбудителей инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения переносится посредством рук медицинских работников. Это связано с контактом с контаминированными предметами окружающей среды учреждений здравоохранения и с несоблюдением требований гигиенической обработки рук медицинским персоналом, недостаточной эффективностью используемых антисептических средств [1, 3].

Гигиена рук способствует уменьшению загрязнения транзитной флорой – этого можно достичь путем мытья рук или обработки их антисептиками. Идеальный метод не должен требовать много времени, но должен уменьшать загрязнение рук до максимально низкого уровня, не оказывая при этом существенного побочного действия на кожу медицинского персонала.

Результаты проведенных исследований показывают, что невыполнение требований по гигиенической обработке рук происходит из-за невозможности или нежелания медицинских работников следовать рекомендациям по гигиене рук. Средний показатель соблюдения гигиены рук обычно не превышает 50%. По данным различных многочисленных исследований, общее количество проведенных гигиенических обработок рук в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) составляет в среднем 38% при экстремальных значениях от 5 до 81%, в хирургических отделениях – 28%, в педиатрических отделениях оно традиционно более высокое – 40% [3 – 6].

В большинстве наблюдений медицинские сестры чаще выполняли правила гигиены рук, чем врачи. Причина этого неизвестна; возможно, врачи считают, что гигиена рук – слишком простая мера, чтобы она давала существенный эффект. Таким образом, ключевым моментом становится уровень знаний по профилактике ИСМП, требований к гигиене рук и использованию перчаток.

Соблюдение рекомендаций по гигиене рук зависит не только от готовности медицинского персонала выполнять гигиенические требования, но и от времени, необходимого на эту процедуру, которого, как правило, не хватает. Одной из немаловажных проблем является также обеспечение адекватного ухода за кожей рук медицинского персонала.

Опрос медицинского персонала, проведенный в отделениях различного профиля родильных домов, стационаров для взрослых и детей показал, что в разных отделениях лишь от 16 до 80% работников обучались гигиене рук. Правильно указали ситуации, при которых необходимо проводить гигиену рук, только 56 – 86% персонала. В некоторых отделениях 58% медицинского персонала отметили, что для гигиены рук, не хватает времени, 59% – что антисептик портит кожу, и 37% – что вместо гигиены рук используются перчатки.

Кроме того, во многих стационарах еще не перешли к современным требованиям проведения гигиены рук с помощью спиртовых антисептиков. Для отказа

от мытья рук с мылом и перехода на обработку их спиртовым антисептиком отмечено несколько причин:

- спиртовой антисептик меньше повреждает кожу, чем мыло и вода, и поэтому хорошо воспринимается медицинским персоналом
- спиртовой антисептик более эффективен в уничтожении транзитной микрофлоры, чем вода и мыло. Вода и мыло снижают количество транзитной флоры примерно в 1000 раз (3 log редукции), и они менее эффективны по отношению к золотистому стафилококку, чем к грамотрицательным бактериям. Спиртовой антисептик редуцирует флору в 10 000 раз (4 log редукции) и одинаково эффективен по отношению к грамотрицательным и грамположительным бактериям
- обработка рук спиртовым антисептиком занимает меньше времени, чем мытье рук водой с мылом
- при отсутствии видимого загрязнения мытье рук перед обработкой спиртовым антисептиком не повышает эффективности очистки рук по сравнению с обработкой только спиртовым антисептиком [7].

Кроме того, антисептики можно располагать непосредственно в местах оказания медицинской помощи.

Таким образом, создается возможность гигиенической обработки рук сразу после их вероятной контаминации, а также это экономит время на перемещение к раковине. – В отличие от мытья рук с мылом, обработка рук антисептиком не требует их вытирания и контакта с санитарно-техническим оборудованием, что предотвращает реконтаминацию рук после обработки. – Применение антисептиков не приводит к микробному загрязнению одежды медицинских работников (при мытье рук с мылом брызги с раковины могут попадать на одежду и контаминировать ее). Таким образом, мыть руки водой и мылом надо в случаях: – когда руки явно загрязнены, запачканы кровью или другими биологическими жидкостями, – после посещения туалета, – если недоступен антисептик для гигиены рук.

Гигиена рук и использование перчаток медицинскими работниками в настоящее время рассматриваются не только как основные меры предупреждения распространения ИСМП, но и как меры предупреждения селекции устойчивых к антимикробным препаратам возбудителей данной патологии в учреждениях здравоохранения [4].

В СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» отражены показания и методика проведения гигиены рук медицинского персонала и правила использования перчаток [8], но и они требуют приведения в соответствие с международными рекомендациями. Кроме того, нет официально утвержденных требований и рекомендаций по проведению мероприятий по внедрению гигиены рук, отсутствуют методики оценки качества соблюдения гигиены рук и использования перчаток.

Чтобы добиться успеха в области профилактики ИСМП, необходимо информировать медицинский персонал о данной проблеме и обеспечить финансирование мероприятий по гигиене рук медицинских работников в учреждениях здравоохранения.

1. Зуева Л.П., ред. Рекомендации по мытью и антисептике рук. Перчатки в системе инфекционного контроля. Санкт-Петербург: СПбГМА; 2006.
2. Щербук Ю.А., ред. Рекомендации по организации гигиены рук медицинских работников. Санкт-Петербург; 2010.
3. Венцель Р., Бревер Т. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Бутцлер Ж.-П., ред. Смоленск: МАКМАХ; 2003.
4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva. World Health Organization; 2009.

5. Pittet D., Sauvan V., Perneger T. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Presented at the Conference of the Society for Healthcare Epidemiology of America. San Francisco; 1999.
6. Kaplan L.M., McGuckin M. Increasing handwashing compliance with more accessible sinks. Infect. Control. 1986; 7: 408 – 410.
7. Ojajarvi J. Effectiveness of hand washing and disinfection methods in removing transient bacteria after patient nursing. J. Hyg (Lond). 1980; 85: 193 – 203.
8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 (ред. от 10.06.2016) "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность". М., 2010.
9. Федеральные клинические рекомендации по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях, под ред. Н.В.Шестопалова. М., 2015.
10. Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные рекомендации.-/ Любимова А.В., Зуева Л.П., Голубкова А.А., Техова И.Г./ - М., 2014 – 31 с.

Халилов Н.Г.

**Роль обязательного медицинского страхования в разработке методов
лекарственного обеспечения населения**

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-07

idsp: sciencepublic-15-11-2019-07

Предоставление лекарств населению в ряде стран включено в программу системы Обязательного Медицинского Страхования (ОМС) [1]. Страховые компании оплачивают счета застрахованным лицам для оплаты лекарств. В результате они участвуют в разработке и внедрении методов регулирования цен на лекарства [2]. Уровень регулирования цен на лекарства варьирует в разных странах. Одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением Азербайджанской Республики в области охраны здоровья является обеспечение населения лекарственными препаратами ОМС [3,4].

Цель исследования. Изучение участия системы обязательного медицинского страхования в обеспечении населения лекарствами в Евлахском районе Азербайджанской Республики.

Объект и методы. Объектом исследования является научно – обоснованное изучение лекарственного обеспечения, которое является одним из наиболее важных вопросов в системе обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике. В этом вопросе ситуационный анализ будет целесообразным. Административные районы Евлахского района были реализованы в форме пилотного проекта ОМС [5]. Анкета была отправлена в Евлахский РЦК для определения количества респондентов.

Во время анкетирования использовались открытые и устные вопросы.

Количество людей, которые будут опрошены в Евлахском районе, должно быть рассчитано по следующей формуле:

$$n = \frac{1}{\frac{0,05 \times 0,05}{0,2(1-0,2) \times 1,96 \times 1,96} + \frac{1}{n_0 450}} = 390 \text{ человек}$$

Результаты и обсуждение. Согласно опросу, распределение по возрасту пилотного проекта ОМС в Евлахском районе выглядит следующим образом: из 390 человек 195 были в возрасте 50-80 лет, 55 человек - 31-49 лет, 98 человек - 14-30 лет, 42 человека - 1-9 лет. Самому старшему пациенту было 80 лет.

Женщины составили - 257 (66%), а мужчины - 133 (34%) человек.