

А. С. Кузнецова

Персонификация профессионального и поведенческого риска заражения ВИЧ-инфекцией в уголовно-исполнительной системе

Методическое руководство

Персонификация
профессионального и поведенческого
риска заражения ВИЧ-инфекцией
в уголовно-исполнительной системе

Методическое руководство

Москва

2006

Автор:

Кузнецова Алла Степановна, первый заместитель начальника медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний

Персонификация профессионального и поведенческого риска заражения ВИЧ-инфекцией в уголовно-исполнительной системе. Москва, 2006. 32 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. Основные этапы осуществления мер инфекционной безопасности	6
2. Принципы инфекционной безопасности	8
3. Методика расследования контактов, опасных в отношении профессиональных заражений ВИЧ-инфекции	9
4. Алгоритм действий при угрозе профессионального заражения ВИЧ-инфекцией	16
5. Обеспечение безопасности работы немедицинских сотрудников ..	20
6. Социальная защита лиц, подвергающихся риску заражения ВИЧ	23
Литература	25
Приложения	27

ВВЕДЕНИЕ

Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа в стране продолжает нарастать: продолжается выявление новых случаев, увеличивается общее число зараженных, растет резервуар инфекции, увеличивается показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией, нарастает смертность от СПИДа. За последние годы значительно изменилась система профилактических и противоэпидемических стратегий в области охраны здоровья медицинского персонала. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики ВИЧ-инфекции требуют пересмотра мероприятий по обеспечению профессиональной безопасности. Специфические особенности течения ВИЧ-инфекции, отсутствие средств профилактики и терапии не позволяют обеспечить гарантии безопасности в ходе медицинских вмешательств. Безусловно, существенно снизить риск заражений медицинского персонала позволяет совершенствование методов эпидемиологического мониторинга, эпидемиологического расследования, пред- и послетестовое консультирование, тестирование, постконтактная профилактика, диспансерное наблюдение, лечение и реабилитация ВИЧ-инфицированных. Организация работы, материально-ресурсное обеспечение, профессионализм медицинского персонала во многом определяют соблюдение мер инфекционной безопасности. Профиль лечебно-профилактического учреждения, уровень эпидемиологической опасности труда персонала определяют направленность организационных мер эпиднадзора и профилактики. Госпитализация в стационары общего профиля пациентов в инкубационный период и латентной стадии ВИЧ-инфекции не исключает внут-рибольничных заражений контактных лиц из числа больных и медперсонала (токсикологические, реанимационные, диализные, хирургические, наркологические отделения, пункты забора и переработки крови). Участками повышенного риска по ВИЧ-инфекции можно считать родильные дома, гепатитные отделения инфекционных стационаров.

Характеризуя ВИЧ как внутрибольничную инфекцию, следует отметить, что риск заражения зависит не только от ВИЧ, но и эпидемиологических характеристик инфекционного процесса, вида и продолжительности контакта.

На основе межнациональных обобщений риск заражения медицинских работников при контактах с инфицированной кровью оценен в среднем на уровне 0,3 %. В то же время для гепатита В эта вероятность составляет примерно 25%. Риск передачи ВИЧ можно уменьшить

с помощью общепринятых мер предосторожности. Эти же меры эффективны против гепатита В и других инфекций.

В учреждениях уголовно-исполнительной системы до настоящего времени случаев инфицирования медицинского персонала не зарегистрировано. Внедрение современного уровня знаний, организационной технологии противоэпидемиологической защиты и охраны медицинского персонала в практику медицинской службы УИС позволит предотвратить профессиональные заражения ВИЧ и снизить заболеваемость среди больничного персонала внутрибольничными инфекциями с парентеральным механизмом передачи.

1. Основные этапы осуществления мер инфекционной безопасности

Организация режима инфекционной безопасности зависит не только от намерения и грамотной работы администрации ЛПУ, но и от знаний и профессиональной квалификации исполнителей в каждом структурном подразделении, на каждом рабочем месте.

Соблюдение требований инфекционной безопасности подразумевает:

1. ресурсное обеспечение в части:

— своевременного и достаточного обеспечения медицинских работников из групп профессионального заражения современными высокоэффективными средствами индивидуальной защиты (перчатки, в том числе сверхпрочные, защитные очки, щитки, маски, непромокаемые халаты и костюмы);

— обеспечения в достаточном количестве современными дезинфектантами и стерилизантами;

— организации и проведения своевременной комплексной иммуно- и химиопрофилактики.

2. организацию выполнения требований СанПина при осуществлении медицинских технологий в части:

— своевременности и соблюдения правил проведения дезинфекционных мероприятий (изделий медицинского назначения);

— своевременности и соблюдения правил проведения дезинфекции, утилизации отходов биоматериалов;

— полноты и качества выполнения технологий предстерилизационной очистки и стерилизации;

— выполнения технологий проведения генеральной уборки помещений.

3. организацию постоянного ежедневного контроля по направлениям:

— мер профилактики профессионального заражения, исходя из степени риска инфицирования на рабочих местах и используемых медицинских технологий;

— тактики поведения при аварийных ситуациях;

- укомплектованности и обновления медицинских аптек;
- наличия и ведения журналов регистрации аварийных ситуаций.

4. подготовку и переподготовку медицинских кадров по вопросам противоэпидемического обеспечения, правилам техники безопасности и производственной санитарии.

На одном из первых мест в решении проблем инфекционной безопасности стоит каждый конкретный сотрудник с его знаниями и добросовестным отношением к своим функциональным обязанностям. По этой причине очень важным моментом является обучение медицинских работников в виде проведения семинаров, лекций, инструктажей по вопросам техники безопасности, производственной санитарии, противоэпидемическому обеспечению, а также вопросам инфекционной патологии, целью которых является недопущение контактов, которые могут повлечь заражение (в т. ч. аварийных ситуаций).

Инструктажи бывают:

- вводные;
- первичные и повторные на рабочем месте;
- внеплановые (по эпидемическим показаниям, в связи с нарушением требований противоэпидемического режима и др.).

С каждым вновь принимаемым на работу сотрудником должен проводиться *вводный инструктаж*: по вопросам охраны труда и правилам выполнения своих функциональных обязанностей. При *первичном инструктаже* на рабочем месте персоналу должны разъясняться специфические особенности работы в каждом конкретном подразделении, правила личной гигиены и санитарно-противоэпидемического режима, должны даваться подробные наставления о соблюдении мер индивидуальной безопасности, направленных на предупреждение профессионального заражения.

<p><i>Допуск к работе без инструктажа запрещается!</i></p>
--

В дальнейшем, не реже, чем через 6 месяцев, должен проводиться *повторный инструктаж* на рабочем месте (приказ МЗ РФ от 29.04.97 г. № 126).

Результаты проведения вводного инструктажа, первичного, повторного и внепланового на рабочем месте регистрируются в журналах учета по следующим формам: журнал регистрации вводного инструк-

тажа (приложение 1) и журнал регистрации инструктажа на рабочем месте (приложение 2).

Эпидемиологические критерии профессиональных заражений ВИЧ

Профессиональными считаются заражения ВИЧ, произошедшие с медицинским персоналом в период оказания медицинской помощи или исполнения профессиональных обязанностей, предусмотренных должностной инструкцией, трудовым договором.

2. Принципы инфекционной безопасности

Для осуществления всего многообразия медицинской помощи в различных, порой нестандартных условиях, необходимо соблюдать единые принципы инфекционной безопасности, а именно:

- любой биологический материал, в частности кровь — потенциально опасен;
- контакты с биоматериалом, поврежденными тканями должны осуществляться с применением средств индивидуальной защиты (перчатки, очки, маски);
- любой использованный инструмент медицинского назначения должен быть продезинфицирован; биологические отходы, перевязочный материал также должны быть продезинфицированы и утилизированы;
- любой случай аварийной ситуации, связанный с проколом, порезом, повреждением кожи/слизистых, разбрызгиванием потенциально заразного биологического материала должен быть зафиксирован по времени, месту и обстоятельствам происшествия;
- своевременная комплексная профилактика иммуно- и химиопрепаратами.

Исходя из этого, строится вся система профилактики профессиональных заражений ВИЧ и вирусными гепатитами с парентеральным механизмом заражения.

Оценка опасности профессионального контакта

Опасным, в отношении риска заражения, контактом для медицинских работников признается контакт, сопровождающийся нарушением целостности кожных покровов (например, прокол или порез) медицинским инструментарием, контаминированным ВИЧ или ВГ; попаданием на слизистую оболочку или кожу с микроразрывами

(шелушающуюся, с ссадинами, пораженную кожными заболеваниями) биологического материала, а также длительный (превышающий несколько минут) либо обширный контакт неповрежденной кожи с кровью и другими биологическими жидкостями больного.

3. Методика расследования контактов, опасных в отношении профессиональных заражений ВИЧ-инфекцией

Методика расследования контактов, опасных в отношении профессионального заражения ВИЧ-инфекцией, отличается рядом особенностей, обусловленных:

- слабой природной контагиозностью ВИЧ;
- наличием специфических условий для реализации передачи вируса;
- опосредованностью определенными приборами, инструментами, манипуляциями, связанными с путями передачи вируса;
- отсроченностью лабораторно-клинических маркеров инфицирования как у источника инфекции (период серонегативного окна), так и у восприимчивого организма;
- возможностью предотвращения развития заболевания средствами экстренной химиопрофилактики и терапии.

Исходя из этих особенностей, строится план, определяются сроки, а также виды и объемы профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Целью эпидемиологического расследования контактов, опасных в отношении профессиональных заражений ВИЧ-инфекцией, является установление вероятности передачи вируса у медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей.

Задачи:

- Оценка эпидситуации в плане вероятности профессионального заражения при оказании медицинской помощи и продолжительности контактов с ВИЧ-контаминированным материалом.
- Выявление условий, способствующих профессиональному заражению при оказании медицинской помощи.
- Определение места, времени и обстоятельств вероятного заражения.

- Сбор данных о пострадавшем (пострадавших) в соответствии с картой эпидемиологического обследования.

Оценка состояния противоэпидемического режима в ЛПУ также может способствовать качественному проведению эпидрасследования. Однако в контексте влияния на риски профессионального заражения эти критерии имеют меньшее значение, чем для оценки вероятности внутрибольничного заражения пациентов ВИЧ-инфекцией.

Для решения задачи *оценки эпидемической ситуации* в плане вероятности профессионального заражения при оказании медицинской помощи необходимо собрать сведения о пациентах и о предполагаемых источниках заражения:

- осведомленность о ВИЧ-статусе пациентов, стадии ВИЧ-инфекции (бессимптомная, стадия клинических проявлений), приеме антивирусных препаратов в период, когда произошел контакт с медработником и др.;

- количестве и продолжительности контактов с материалами, контаминированными ВИЧ;

- степени опасности профессиональных контактов.

К условиям, способствующим профессиональному заражению, относятся:

- низкая обеспеченность средствами индивидуальной защиты — специальной одеждой, резиновыми перчатками, масками, очками. В условиях аварийной ситуации немаловажное значение имеют обеспеченность необходимым запасом дезинфицирующих средств, аптечками первой медицинской помощи, качественным исправным медицинским инструментарием;

- недостаточная подготовка медперсонала касается всех аспектов осуществления профессиональной деятельности, начиная с овладения специальными медицинскими технологиями (манипуляциями) до навыков пользования спецодеждой, инструментами, ликвидации последствий аварий и нештатных ситуаций;

- повышенная аварийность при выполнении медицинских технологий, которая может зависеть от наличия первых двух условий, но не только. Так, аварийность нередко возрастает при неудовлетворительном санитарно-техническом состоянии помещений и оборудования, скученности (тесноте) при работе в экстремальных условиях, а также при оказании экстренной медицинской помощи.

При определении места, времени и обстоятельств вероятного заражения исходят из того, что заражение ВИЧ-инфекцией наступает в результате аварии или другой нештатной ситуации, при которой потенциально заразный материал вступает в контакт с кожей (поврежденной, неповрежденной), слизистыми медицинского работника.

Для установления типа, степени и тяжести контакта необходимо собрать следующие сведения:

- тип использовавшегося медицинского инструмента;
- вид проводимой процедуры;
- использовались ли перчатки;
- сколько времени прошло от момента использования инструмента до контакта с ним;
- наличие явных признаков крови ВИЧ-инфицированного пациента на инструменте;
- тяжесть повреждения: поверхностные (поверхностная царапина без появления крови), умеренные (повреждение кожи с появлением крови), глубокие (глубоко проникающий укол или рана с кровотечением или без него).

Сбор данных о пострадавшем (пострадавших) должен включать сведения в соответствии с картой эпидемиологического расследования, принятой для расследования первично выявленных случаев ВИЧ-инфекции в начальной, бессимптомной стадии. При этом должны быть собраны сведения: паспортные данные, возраст, место жительства, анамнезы:

- эпидемиологический (наличие и/или перенесенные инфекционные заболевания);
- гемотрансфузионный;
- гинекологический (для женщин);
- жизни — семейное положение, особенности сексуального поведения, вредные привычки и зависимости (в т. ч. наркотическая).

Соматический статус: наличие соматических заболеваний, в том числе иммунодефицитных состояний, предшествовавшие схемы лекарственной терапии с использованием противовирусных препаратов и препаратов, подавляющих иммунный ответ.

Кроме того, могут оказаться полезными сведения об имевшихся ранее результатах обследования на ВИЧ (не обязательно), сведения о позитивном ВИЧ-статусе лиц из ближайшего окружения пострадавших (половых партнеров, партнеров по потреблению наркотиков).

В решении вопроса о целесообразности проведения постконтактной профилактики (ПКП) антиретровирусными препаратами должны приниматься во внимание все вышеуказанные моменты. Анализ данных использования препаратов АЗТ после опасного профессионального контакта показал снижение риска инфицирования приблизительно на 79%. Вместе с тем, учитывая ограниченность данных относительно возможной эффективности и токсичности АЗТ, необходимо четко определить показания для проведения ПКП и схемы ее применения.

Эпидемиологическое расследование завершается разработкой комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью ликвидации и минимизации последствий, опасных в отношении профессиональных заражений, контактов.

Своевременность, объем и качество проводимых противоэпидемических и профилактических мероприятий в значительной мере влияют на последствия профессиональных контактов, опасных в отношении заражения ВИЧ. Последние возникают чаще всего в результате внештатных аварийных ситуаций (бой лабораторной посуды, контаминированной кровью, разрыв резиновых перчаток в ходе операции, разбрызгивание крови при различных манипуляциях).

По срокам проведения мероприятия подразделяются на:

1. оперативные, осуществляемые в течение нескольких часов на месте произошедшей аварии/контакта (локальные);
2. отсроченные, проводимые в течение нескольких дней, в том числе за пределами места внештатной ситуации;
3. мониторинг, осуществляемый в рамках регламентированных стандартов диагностики, диспансерного наблюдения, лечения, профилактики.

Оперативные мероприятия в первую очередь направлены на ликвидацию последствий аварийной ситуации как в отношении пострадавшего, так и загрязненных контаминированной кровью объектов окружающей среды.

Действующей нормативной документацией определены:

- условия, обеспечивающие готовность к ликвидации последствий аварии;

- порядок (алгоритм) их выполнения.

В случае возникновения аварийной ситуации в любом структурном подразделении ЛПУ должны осуществляться:

- меры индивидуальной профилактики профессионального заражения;

- комплекс противоэпидемических мероприятий в плане предупреждения внутрибольничного распространения инфекции.

В целях ликвидации последствий аварийных ситуаций все рабочие места должны быть обеспечены одним из дезинфицирующих растворов (3% раствор хлорамина Б, 70° этиловый спирт, 6% раствор перекиси водорода и др.) и аптечкой первой помощи.

В аптечке первой помощи должны находиться: 70° этиловый спирт; 5% спиртовой раствор йода; сухие навески марганцовокислого калия, азотнокислого серебра и борной кислоты, которые в случае аварии можно растворить в мерном объеме дистиллированной воды; стерильная дистиллированная вода; 30% раствор сульфацила натрия; бактерицидный пластырь; глазные пипетки; стерильные ватные шарики, а также предметы общемедицинского назначения (бинты, жгут, нашатырный спирт, градусник и др.).

В целях обеззараживания загрязненные кровью и другим биологическим материалом поверхности оборудования, мебели и др. заливают раствором одного из дезинфектантов, экспозиция 2 часа.

В помещении проводится заключительная дезинфекция: дезинфицирующий раствор путем орошения (из расчета 300 мл на 1м²) или протирания наносят на стены, окна, подоконники, двери, столы с последующим включением на 60 минут бактерицидной лампы. Затем все поверхности отмывают чистой ветошью, смоченной водопроводной водой, вносят продезинфицированное оборудование и вновь на 30 минут включают бактерицидную лампу.

Место попадания крови (или другого биологического материала) на халат и другую спецодежду персонала необходимо немедленно обработать одним из растворов дезинфицирующих средств, затем обеззаразить перчатки, снять загрязненную спецодежду и замочить ее в одном из дезинфекционных растворов (например, погрузить в 3% раствор хлорамина на 120 мин.) с последующим полосканием в воде и стиркой.

Загрязненная обувь обрабатывается двукратным протираанием ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой протирают 70° этиловым спиртом.

Открытые части тела при попадании на них крови обрабатывают 70° этиловым спиртом, моют водой с мылом и повторно обеззараживают 70° этиловым спиртом.

При попадании биологического материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают:

* глаза закапывают 1% раствором борной кислоты или 30% раствором сульфацила натрия, или 1% раствором азотнокислого серебра, или промывают струей воды;

* в нос закапывают, а рот и горло прополаскивают 70° этиловым спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия или 1% раствором борной кислоты.

При аварии, связанной с ранением или другим повреждением кожных покровов (укол и пр.), необходимо:

• перчатки (если работа проводилась в них) обработать дезинфицирующим раствором;

- снять перчатки;
- выдавить из ранки кровь;
- обработать руки 70° этиловым спиртом;
- тщательно вымыть руки водой с мылом;
- обработать рану 5% раствором йода.

По окончании работ спецодежда замачивается в дезинфицирующем растворе.

Все сотрудники, находившиеся в зоне аварии, должны принять душ.

В лабораториях при аварии во время работы на центрифуге крышку необходимо открывать медленно и только спустя 40 мин. после остановки (после оседания аэрозоля).

Все центрифужные стаканы и разбитое стекло помещают в дезинфицирующий раствор на 2 часа. Внутреннюю и наружную поверхности центрифуги и крышки дезинфицируют (3% раствором хлорамина Б, 6% раствором перекиси водорода, 70° этиловым спиртом и др.) после отключения от электросети.

Произошедшая аварийная ситуация и выполненные мероприятия должны быть зарегистрированы в специальном журнале (приложение 5), где указываются:

- дата и время аварии (контакта с биологическим материалом), ее характер;

- ФИО и должность пострадавшего, а также всех сотрудников, находившихся в помещении, где произошла авария;

- при выполнении какой процедуры произошел опасный контакт, а если нарушение целостности кожных покровов произошло в процессе манипуляций с острым предметом, то описать, каким именно образом;

- описать природу контакта, включая тип и количество биологической жидкости, оценить степень опасности (например, при подкожном контакте указать глубину пореза или прокола; для контакта через кожу или слизистую — количество материала, продолжительность контакта и состояние кожных покровов: шелушащиеся, со ссадинами и пр.);

- ФИО и домашний адрес пациента, которому проводились манипуляции; по возможности уточнить источник возможного заражения (т. е., содержал ли биологический материал ВИЧ или иные патогенные микроорганизмы, передаваемые с кровью; при ВИЧ-инфекции указывается код, по которому обследовался пациент);

- проведенные мероприятия, в т. ч. результаты лабораторного обследования пострадавшего, консультаций специалистов, проведенное лечение и данные последующего наблюдения;

- время сообщения об аварии председателю комиссии по охране труда и технике безопасности или назначенному ответственному лицу.

В случае возникновения аварийной ситуации пострадавший пишет объяснительную записку на имя главного врача ЛПУ.

Руководством ЛПУ или назначенной комиссией составляется акт расследования несчастного случая по форме Н-1 (*основание: Трудовой кодекс РФ 2002 г., ст. 227 «Несчастные случаи на производстве, подлежащие расследованию и учету», ст. 229 «Порядок расследования несчастных случаев»*).

В рамках отсроченных мероприятий после аварии, связанной с риском передачи ВИЧ-инфекции медицинским работникам при осуществлении ими профессиональной деятельности, необходимо *определить объем и вид лечебно-профилактической помощи* в отношении

пострадавших. Занимается этим медицинский сотрудник, ответственный за работу с ВИЧ-инфекцией.

Рекомендации по специфической профилактике строятся в зависимости от критериев опасности контакта, а также ВИЧ-статуса источника.

- *Безусловными показаниями* к проведению ПКП при контакте является известный ВИЧ-положительный статус пациента;
- *Условными показаниями* — неизвестный ВИЧ статус источника с высоким риском и степенью вероятности экспозиции ВИЧ; и, наконец,
- *Отсутствие показаний* к ПКП — ВИЧ-отрицательный статус пациента.

4. Алгоритм действий при угрозе профессионального заражения ВИЧ-инфекцией

Исходя из того, что определяющим признаком опасности профессионального контакта является установленный ВИЧ-статус пациента (фазы, стадии заболевания, вирусной нагрузки), первоочередной мерой является:

- оценка источника инфекционного материала, для чего производится забор крови у больного с последующим исследованием на анти-тела к ВИЧ до контакта (при обращении за медицинской помощью лиц, относящихся к группам риска), либо сразу после контакта;
- определение фазы, стадии ВИЧ-инфекции, вирусной нагрузки у известных источников;
- оценка риска экспозиции ВИЧ как максимально опасного у неизвестного источника;
- определение круга пострадавших.

Исследование использованных игл и шприцев на предмет контаминации вирусом не проводится.

Лечебно-диагностическая и профилактическая помощь пострадавшим из числа медицинского персонала подразумевает:

1. обработку контактировавших и поврежденных кожных покровов и слизистых дезинфектантами и антисептическими средствами (см. выше);

2. взятие крови у пострадавшего для исследования на наличие анти-тел к ВИЧ в момент контакта с проведением до- и послетестового консультирования (день аварии), через 6 недель, 3 месяца, 6 месяцев (приложение 3). Направление на исследование крови на наличие анти-тел к ВИЧ);

3. назначение постконтактной профилактики (ПКП) при определении безусловных и условных показаний.

Принципы химиопрофилактики ПКП ВИЧ-инфекции

• Очень важно начать химиопрофилактику как можно раньше, желательно в первые два часа после возможного заражения. Если ее невозможно начать сразу по схеме высокоинтенсивной терапии, как можно раньше необходимо начать прием препаратов, имеющихся в наличии. После 72 часов начало химиопрофилактики или расширение ее схемы бессмысленно;

• Предлагают провести тест на беременность всем женщинам детородного возраста, в отношении которых нет сведений о беременности;

• Проведение подробного изучения риска заражения и причин аварии, подготовка отчетов;

Перед проведением постконтактной профилактики у пострадавшего:

— берут информированное согласие на применение препарата (приложение 4);

— разъясняют необходимость проведения данной терапии;

— действие назначаемых препаратов и сроки лечения;

Профилактическая антиретровирусная терапия назначается как можно раньше, но не позднее 48, максимум 72 часов.

— возможные побочные эффекты.

Все это должно быть зафиксировано в журнале для регистрации аварийных ситуаций и амбулаторной карте пострадавшего (приложение 5).

При угрозе парентерального заражения (переливание крови или пересадка органов от ВИЧ+ донора, повреждение кожных покровов

загрязненным ВИЧ инструментом и т.п.), попадании зараженного ВИЧ материала на слизистые или поврежденную кожу рекомендуется проведение химиопрофилактики схемами ВААРТ.

Рекомендуемые схемы ПКП:

- Ифавиренц 0,6 г в сутки + зидовудин по 0,3 г 2р в сутки + ламивудин по 0,15 г 2 раза в сутки. При развитии непереносимости одного из препаратов осуществляется его замена в соответствии с общими правилами, описанными в руководствах по антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции.

- Доказана эффективность следующей схемы химиопрофилактики (риск заражения снижается на 79%): Азидотимидин — перорально по 0,2 г 3 раза в сутки в течение 4 недель. Рекомендовано в соответствии с приказом МЗ РФ № 170 от 16.08.94 г.

Кроме того, могут использоваться любые схемы ВААРТ в зависимости от конкретной обеспеченности антиретровирусными препаратами медицинского учреждения, за исключением схем с использованием невирапина, так как при повторном использовании невирапина в схеме ВААРТ возрастает риск возникновения побочных эффектов, угрожающих жизни, у людей с нормальным иммунитетом. При отсутствии других препаратов допустим однократный прием невирапина с последующим началом терапии по другой схеме.

Медицинский работник после эпизода аварийного контакта с источником заражения должен наблюдаться не менее 12 месяцев.

Списание препарата производится в установленном порядке.

Контроль за уровнем токсичности при ПКП проводится:

- на момент начала курса,
- спустя 2 недели после его начала.

Объем контроля варьирует от минимального — общий анализ крови с формулой, биохимические анализы (мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ) до специфического: на кристалурию, гематурию, гемолитическую анемию и лекарственный гепатит — (при применении индинавира); уровня сахара в крови — при использовании любого препарата из группы ИП (ингибиторов протеазы).

Лица, получающие ПКП, должны быть предупреждены о возможности появления таких симптомов, как сыпь, лихорадки, боли в спине и животе, боль при мочеиспускании, наличие крови в моче, симптомы гипергликемии (повышенная жажда и/или частое мочеиспускание).

При регистрации токсичного воздействия после консультации со специалистом решается вопрос о возможности изменения курса ПКП.

Мониторинг состояния здоровья медицинских работников, имевших рискованные контакты с ВИЧ-инфекцией в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей, осуществляется вне зависимости от прохождения ими ПКП в рамках регламентированных стандартов диагностики, диспансерного наблюдения, лечения, профилактики. Рабочим предварительным диагнозом в процессе мониторинга является «Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», отраженный в классификаторе болезней МКБ-10 под кодом Z20.6.

Основные положения мониторинга предусматривают:

1. выполнение анализов на антитела к ВИЧ с до- и послетестовым консультированием в сроки 6 недель, 12 недель, 6 месяцев. Исключение составляют случаи проявления НСВ-инфекции у медперсонала после контакта с источником, совместно инфицированным и ВИЧ. В таких случаях наблюдение за ВИЧ-статусом продлевается до 12 месяцев;

2. обследование на антитела к ВИЧ должны проводиться у любого имевшего контакт медицинского работника, у которого обнаруживаются клинические признаки, предполагающие наличие острого ретровирусного синдрома безотносительно ко времени, прошедшему после контакта. В последнем случае проводится весь комплекс клинико-диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, регламентированный для первичного выявления ВИЧ-инфекции;

3. для выявления сероконверсии используется иммуноферментный анализ на ВИЧ-антитела. Прямые определения вируса — анализ на ВИЧ p24-антиген или полимеразная цепная реакция на ВИЧ РНК — для стандартного мониторинга медперсонала не рекомендуются (ввиду высокой частоты ложноположительных результатов, сомнительной срочности, большой стоимости исследования);

4. консультирование и информирование пострадавших о мерах предотвращения вторичной передачи ВИЧ-инфекции, особенно в первые 6—12 недель — в период наиболее вероятной сероконверсии:

— воздержание от половых контактов или использование презерватива;

— предохранение от беременности, прекращение кормления грудью;

— воздержание от донорства крови, плазмы, органов, тканей или семенной жидкости;

5. медицинских работников, принимающих ПКП, следует проинформировать относительно побочных эффектов лекарственных препаратов и необходимости их мониторинга, а также о возможности лекарственных взаимодействий.

Важно отметить, что на всех этапах осуществления мероприятий по ликвидации последствий рискованного в плане заражения ВИЧ профессионального контакта пострадавшие переживают серьезные эмоциональные потрясения, стрессовые ситуации, следовательно, нуждаются в психосоциальном консультировании, медико-психологической поддержке и реабилитации.

5. Обеспечение безопасности работы немедицинских сотрудников

Риск инфицирования ВИЧ (маловероятный, но имеющий место) может возникнуть во время аварийных и травматических ситуаций в следующих случаях:

- при оказании первой медицинской помощи (на месте аварии, преступления, происшествия);
- при обыске;
- во время экстремальных ситуаций (драки, бунты, задержания, преследования).

Поэтому к любому человеку, с которым в силу исполнения профессиональных обязанностей приходится входить в контакт, будь то потерпевший, свидетель, подозреваемый, подсудимый или осужденный, необходимо относиться как к потенциальному инфицированному, а значит, избегать контакта с кровью и другими жидкостями, тканями и органами человека. Для этого необходимо применять алгоритм самозащиты, а также при необходимости — схемы оказания первой медицинской помощи и личной дезинфекции.

*Вместе с тем, необходимо напомнить:
передача ВИЧ-инфекции в обычных условиях
(беседа в кабинете, коридоре, камере, на месте происшествия)
от ВИЧ-инфицированных свидетелей, подозреваемых,
подсудимых и осужденных исключается!*

Рекомендации по проведению обыска

Во время проведения обыска необходимо помнить: предметы, которые можно найти у обыскиваемых подозреваемых, подследственных и осужденных (бритвенные лезвия, иглы, колющие предметы, которые зашиты в одежду или приклеены под столами, спрятаны в кусках мыла, в книгах, шпильки и иголки, спрятанные в воротниках, складках одежды, волосах, инструментарий для инъекций, спрятанный в авторучках и т. д.) могут стать причиной ранения кожи или слизистых оболочек.

При уколах острыми предметами, загрязненными инфицированной кровью, или при попадании крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые риск заражения минимальный, но все же существует.

При обыске помещения необходимо придерживаться нижеследующих правил.

— В первую очередь закрыть пластырем все порезы и ссадины на открытой части кожи рук.

— Во время обыска надевать перчатки:

- латексные, когда имеется возможность контакта с кровью или иными биологическими жидкостями другого человека;

- латексные перчатки заменять на более плотные (кожаные) при обыске таких мест, где имеется риск пореза или укола кожи.

— Лучше использовать глаза вместо рук, смотреть, а не касаться:

- не пытаться проверить участки вне поля зрения;
- не проводить пальцами по или под столами, кроватями, матрацами;
- использовать карандаши, линейки и зеркала, проводя обыск в труднодоступных местах;
- осматривать визуально и, воспользовавшись марлевой повязкой, предварительно встряхивать матрацы, одеяла, простыни, лежащую одежду и т. д. перед обыском.

Например, если под столом приклеен какой-либо предмет, то сначала его необходимо внимательно рассмотреть, а лишь потом уже трогать руками. Все извлеченные предметы, в первую очередь острые с признаками загрязнения кровью, необходимо осторожно поместить в контейнер для дальнейшей утилизации. Если конфискованные предметы не потребуются в качестве вещественных доказательств, а обязательно пойдут в утилизацию, в контейнер можно заранее поместить дез-

раствор (6% раствор перекиси водорода или 3% раствор хлорамина). Желательно, чтобы указанные предметы в контейнер помещал сам обыскиваемый. Если это невозможно — лучше использовать пинцет. В случае, если предмет не помещается в контейнер, поместите его частично, острым концом внутрь и закрепите клейкой лентой. Не рекомендуется использовать в качестве контейнера целлофановый пакет — он может быть поврежден острым предметом. Не производите сами никаких манипуляций (разбирание на части) с острыми предметами, такими как иглы, приспособления для татуировок, ножи, заточки и др.

При обыске задержанного, подозреваемого, осужденного необходимо:

1. внимательно осмотреть одежду — там, где возможно, предложить обыскиваемому самому вывернуть свои карманы и показать их содержимое, желательно предложить ему своими руками ощупать свою одежду;
2. аналогично, предложить вывернуть наизнанку носки, проверить обувь с помощью ручки, линейки;
3. предложить прочесать волосы пальцами.

Описанные меры предосторожности не только *снижают риск травмы* людей, доводящих обыск, но и *исключают неаккуратное обращение* с возможными вещественными доказательствами.

Рекомендации по проведению силовых актов

При насильственных действиях риск инфицирования может возникнуть во время ударов, укусов, уколов острыми предметами. Необходимо помнить, что риск инфицирования от укусов или крови, которая пролилась, очень мал, но он существует. Во время улаживания конфликта:

- предварительно оцените возможный риск; в ситуациях, которые ведут к конфликту, вызывайте помощь;
- выбирайте специальные способы и средства для контроля и сдерживания насилия, желательно без кровопролития;
- избегайте контакта с кровью и биологическими жидкостями других людей;
- в случаях разлива (разбрызгивания) крови потерпевшего в результате насильственных действий, попыток самоубийства и пр. на месте разлива необходимо провести уборку и дезинфекцию, себя

обезопасить средствами индивидуальной защиты (перчатки, очки, маски, спецодежда).

6. Социальная защита лиц, подвергающихся риску заражения ВИЧ

В Федеральном Законе от 30.03.95 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрен раздел «Социальная защита лиц, подвергающихся риску заражения ВИЧ при исполнении своих служебных обязанностей».

Работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, выплачивается надбавка к должностному окладу, устанавливается сокращенный рабочий день и дополнительный отпуск за работу в особо опасных условиях труда. Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Российской Федерации.

Ст. 21 с изменениями и дополнениями Федерального Закона от 09.01.97 г. № 8-ФЗ предоставляет право на государственное единовременное пособие в случаях заражения определенных категорий работников при исполнении служебных обязанностей без и с установлением инвалидности. В случае смерти указанной категории от заболеваний, связанных с развитием ВИЧ-инфекции, право на получение государственных единовременных пособий имеют члены их семей.

Государственные единовременные пособия устанавливаются в следующих размерах:

— в случае выявления у работников указанных категорий заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей (без установления инвалидности) — 10 000 рублей;

— в случае заражения работников указанных категорий вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей, повлекшее установление инвалидности:

инвалиду I группы — 25 000 рублей;

инвалиду II группы — 20 000 рублей;

инвалиду III группы — 15 000 рублей.

— каждому члену семьи работников указанных категорий, заразившихся при исполнении своих служебных обязанностей вирусом иммунодефицита человека и умерших от связанных с развитием ВИЧ-инфекции заболеваний — 30 000 рублей.

Круг членов семьи, имеющих право на данное пособие, определяется в соответствии со статьями 50, 51 Закона РСФСР «О государственных пенсиях в РСФСР», (в ред. Федерального закона от 7 августа 2000 года № 122-ФЗ). Выплата государственных единовременных пособий производится за счет средств федерального бюджета. Порядок назначения и выплаты этих пособий устанавливается Правительством Российской Федерации.

Правила назначения и выплат государственных единовременных пособий, перечень предприятий, учреждений, организаций и категорий работников, имеющих право на получение государственных единовременных пособий в случае заражения ВИЧ при исполнении своих служебных обязанностей, определены Постановлением правительства РФ от 20.06.97 г. № 757.

Литература

1. Закон Российской Федерации «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», 1995.
2. Приказ МЗМП РФ от 16.08.94 № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ».
3. Приказ МЗ РФ от 28.05.01 № 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации».
4. Приказ Минздрава России от 24.11.98 № 338 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 26.11.97 № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».
5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.09.2002 № 28 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
6. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14.01.2004 № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
7. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 25.04.2005 № 16 «О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
8. Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99 от 29.02.2000.
9. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами», 2000.
10. Датий А. В. Профилактика ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний: Курс лекций для повышения квалификации врачей — организаторов здравоохранения Федеральной службы исполнения наказаний. — М.: НИИ УИС Минюста России, СПИД Фонд Восток-Запад, 2005. — Вып. 2.

11. Датий А. В. Профилактика ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний: Учебное пособие. — М.: НИИ УИС Минюста России, СПИД Фонд Восток-Запад, 2004.

12. Жердева А. И., Кузнецова А. В., Калатушкина Г. Б. и др. Практика применения результатов мониторинга ЛПУ в прогнозировании эпидемической ситуации по РСМ-инфекции. — Вестник профилактики ВИЧ/СПИДа и сопутствующих заболеваний, ЦПБСИЗ, № 4(85), 2001.

13. Жердева А. И., Лейбин В. Л. Основные принципы организации охраны здоровья больничного персонала и пациентов от внутрибольничных инфекций. — Информационные бюллетени, ЦПБСИЗ, № 15(23), 1996.

14. Наркевич М. И., Тымчаковская И. М. Контроль за инфекциями в лечебно-профилактических учреждениях. — Эпидемиология и инфекционные болезни, № 1, 1997, с. 8–10.

15. Покровский В. И. Проблемы внутрибольничных инфекций. — Эпидемиология и инфекционные болезни, № 2, 1996, с. 4–9.

16. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. — М., Медицина, 1996.

17. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. — М., ГОЭТАР Медицина, 2003, 488 с.

18. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство для студентов, врачей-интернов, клинических организаторов и врачей всех специальностей. — М., ГОУ ВУН МЦ МЗ РФ, 2001, 92 с.

19. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Голиусов А. Т. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России. — Эпидемиология и инфекционные болезни, 2001, № 1. — С. 10–15.

20. Семина И. А. Научные и организационные принципы профилактики внутрибольничных инфекций. — Эпидемиология и инфекционные болезни, № 5, 2001, с. 5–6.

Приложения

Приложение 1. Журнал регистрации вводного инструктажа

Дата инструктажа	ФИО инструктируемого	Профессия и должность инструктируемого	Наименование производственного подразделения, в которое направляется инструктируемый	ФИО, должность инструктирующего	Подпись	
					инструктирующего	инструктируемого

Приложение 2. Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте

Дата ин- струк- тажа	ФИО ин- струк- тируе- мого	Профес- сия и долж- ность инструк- тируе- мого	Вид инст- руктажа: первичный, повторный на рабочем месте	№ ин- струк- ции	Причина проведе- ния внепла- нового инструк- тажа	ФИО, должность инструк- тирую- щего	Подпись инструк- тируе- мого	Допуск к работе проведен	
								ФИО, должность	Подпись

Приложение 3. Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ

№ п/п	№ регистр.	Учреждение – отправитель крови (сыворотки)	ФИО	Пол	Возр.	Дом. адрес	Место работы, учебы	Диагноз, код

Заполняется в диагностической лаборатории

Должность, фамилия, подпись лица, направившего материал

Приложение 4. Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии

Я _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение прогрессирования имеющегося у меня заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему мне необходимо проведение этого лечения, что мне разъяснено действие назначаемых мне препаратов. Что я ознакомился(ась) с информационными листами, в которых описано действие, особенности приема и побочные эффекты назначенных мне препаратов.

Я проинформирован(а), что:

- Назначенные мне препараты не способны полностью уничтожить находящийся в моем организме вирус иммунодефицита человека и полностью излечить меня или сделать не заразным(ой). Однако они должны подавлять размножение вируса в моем организме и сдерживать развитие болезни.

- Лечение может быть успешным, только если я буду соблюдать режим приема препаратов.

- Что, тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии, что проводимая терапия будет успешной, нет. Однако если назначенное мне лечение не будет проводиться, заболевание будет прогрессировать быстрее.

- Все назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России.

- Как и любые лекарственные средства, назначенные мне препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, сведения о которых приведены в информационном листке, с которым я ознакомился(ась).

- Если вследствие проведения лечения возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирован(а) об этом.

- Схема проводимого мне лечения может быть изменена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения.

- Назначенное мне лечение может в любой момент быть прекращено по моему желанию.

Я обязуюсь:

- Проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь и мочу.

- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.

- Сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.

- Сообщать лечащему врачу (или лицу, его замещающему) обо всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

• Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом (или лицом, его замещающим), какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать о том, что эти препараты принимались, лечащему врачу.

Подпись пациента _____ Дата: _____

Врач _____ Дата: _____

Формы информированного согласия подписываются пациентом

Приложение 5. Журнал регистрации аварийных ситуаций

№ п/п	Дата и время регистра- ции	ФИО пострадавшего и др. сотрудников, находившихся в помещении	Долж- ность	Дата, время и характер травмы	ФИО, адрес пациента (по возмож- ности ведения его инфици- рованной обсле- дования на ВИЧ)	Проведенные мероприятия по травме (в т. ч. резуль- таты лабора- торного обсле- дования, консультаций, проведенное лечение)	Когда и кому доложено в ЛПУ (дата, ФИО)	Примеча- ние



Руководство разработано
по заказу Федеральной
службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей
и благополучия человека
Открытым Институтом
Здоровья в рамках
«Приоритетного
национального проекта
в сфере здравоохранения»
в 2006 году