

Konferenciabeszámoló: IME Infekciókontroll Konferencia 2012. október 25-26. II. rész

Napjaink parancsa: kéz-, és környezet-fertőtlenítés, védőeszköz-használat

AZ INFEKCIÓKONTROLL ÉLETMENTŐ LEHET

A kórházi fertőzések előfordulási gyakorisága (prevalenciája) – az ellátott betegek számához viszonyítva – világszerte 3,5 – 12,2% között mozog. Az Amerikai Betegségellenőrzési Központ (CDC) adatai szerint 1990-2004 között – az egészségügyi intézetekben való ápolása során – évente 1,7 millió ember kapott valamilyen fertőzést, közülük 99 ezren életüket veszítették ezen nozokomiális infekciók következtében. A kórházi fertőzés kivédése mind az ápoltak, mind a személyzet, de tágabb értelemben a teljes közösség védelmét szolgálja. A nozokomiális MRSA (többszörösen rezisztens kórokozó előidézte) infekció megelőzése pedig egyben járvány-prevenció.

Az intézetek higiéniai programjaira elköltött forrásokat nem szabadna sajnálni, vallják klinikusok, mert ezek olyan befektetések, amelyek akár többszörösen is megtérülhetnek a jövőben. Ugyanis, ha elmarad az eszközök megfelelő fertőtlenítése, annak súlyos (és igen drága) következményei lesznek a gyógyítás, a betegellátás terén. Ezért említik az infekciókontroll (IC) mellett elkötelezett szakemberek oly nagy hangsúllyal – mint tették legutóbb az IME e témában elsőként szervezett nagyszabású konferenciáján (2012. okt. 25-26.) – hármas aranszabályként a kéz-, és a környezet fertőtlenítését, a védőeszközök használatát, valamint sürgetik ehhez kapcsolódóan a megfelelő antibiotikum politika elveinek kidolgozását, gyakorlatának érvényesítését.

Az EU szakmai szervezetei fontos feladatuknak tartják, hogy a fertőző betegségekkel szemben jobban megvédhessék Európa lakosságát. E cél érdekében szervezik és hangolják össze a hatáskörükbe tartozó különféle felügyeleti (antimikrobiális rezisztencia, nozokomiális fertőzések, antimikrobiális szer felhasználás surveillance) rendszereket. Az EU 2004-ben ernyőszervezetet (European Centre for Disease Prevention and Control) hozott létre, Magyarországon pedig 2005 óta működik az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) vezetésével a Nemzeti Nozokomiális Surveillance Rendszer (NNSR). Mindeközben hazai szakemberek a napi gyakorlatban azt tapasztalják, hogy az egészségügy számos dolgozója, az átlagos klinikusok közül is többen elhanyagolják, elmulasztják a fertőzések jelentését, a leoltások követését. Felmerül a kérdés, előfordulhat-e, hogy ezt a klinikus nem érzi feladatának, vagy esetleg arról van-e inkább szó, hogy adott finanszírozási körülmények között a feladat költségvonzataitól tart, a keret túllépését nem meri, nem tudja, vagy nem akarja vállalni? Hogyan lehetne közgazdasági következményeinek figyelembevételével, komplexen kezelni az infekciókontroll ügyét – erre és a témával kapcsolatosan sok más kérdésre keresték a választ az

IME konferencia résztvevői. Több előadás fő üzeneteiből már közöltünk összeállítást novemberi lapszámunkban..

KULCSFONTOSÁGÚ MEGÁLLAPÍTÁSOK AZ IC SZEREPÉRŐL

A kórházi fertőzéseknek kitett kockázattal élők száma napjainkban nő: több az idős ápolat, a fertőzésre hajlamosító alapbetegséggel rendelkező ellátott, az anesztézia, intenzív terápia fejlődése nyomán pedig, több az intervencióra alkalmas személyek aránya. Tágul a műtéti, eszközös, gyógyszeres terápiás lehetőségek köre, ami mind alkalmas arra, hogy megteremtse a nozokomiális infekció lehetőségét is. Emelkednek az abszolút számok, a fertőzések nagy részét pedig – igen gyakran – nehezen kezelhető ágens okozza. A személyes tragédián túl jelentős mértékű lehet a társadalmi, gazdasági veszteség, mert a korábban költséges terápiában részesült beteg egészségi állapota károsodik.

Az intézményben folyó infekciókontroll az antibiotikum-politika fontos összetevője. A terápiás döntést folyamatosan újra kell értékelni, és a bakteriális eredmények tükrében kell megválasztani (megváltoztatni) az antibiotikum előírást – szól a szakemberek javaslata. Azt is állítják, hogy az epidemiológiai ápolók képzettsége meghatározhatja az infekció(k) előfordulását, gyakoriságát.

A fertőző kórokozókat folyamatosan monitorozni kell, elengedhetetlen a szűrővizsgálat, illetve a kiszűrtek izolációja. Az IC tudományos bizonyítékokra, s ezek mellett, a tényekre alapozva, valamennyi érintett terület szakértőinek véleményére támaszkodik.

Két hatályos rendelet (ESZCISM, OEK) is részletesen rögzíti a sterilizálási munkafolyamat építészeti, személyi, technikai feltételeit, mégis sok kérdésben az üzemeltetőnek kell döntenie. Abban például, hogyan szervezze meg a sterilanyag ellátást: centralizáltan, vagy osztályokhoz csatoltan, maga végezze, vagy szolgáltató igénybevételével, és milyen eszközökkel. El kell azon is töprengenie az üzemeltetőnek, hogyan is viszonyuljon a rendeletben külön meg nem nevezett technológiákhoz. Ezeket a dilemmákat járta körül **Dr. Antmann Katalin** (Simmelweis Egyetem) „Sterilizációs, fertőtlenítési előírások és gyakorlat az új minimumfeltételek tükrében” című előadásában.

A kórházi fertőzéseket okozó methicillin rezisztens Staphylococcus aureus (MRSA) terjedése klonális, az egyes klónokhoz tartozó (egymással szoros genetikai rokonságban álló) törzsek gyakran kiszorítják egymást, ami a kórokozó incidenciájának emelkedését is okozza – fejtegette **Dr. Füzi Miklós** (Simmelweis Egyetem). Mindezért az egyes klónok fluorokinolon rezisztenciával kapcsolatosan eltérő életképes-

ség-csökkenése felel. (Valamiféle antibiotikum hatás idézi elő a szelektálódást, azt, hogy csak bizonyos törzsek képesek kórházi környezetben elszaporodni.) Ott, ahol kiterjedten használják a fluorokinolon típusú antibiotikumokat, a kórokozó csak akkor képes életben maradni, ha rezisztenssé válik velük szemben. Ezért merül fel, hogy ezeknek a szerek a megfelelő használatával aktívan befolyásolni lehetne egyes fontos nozokomialis patogének előfordulási gyakoriságát, bár mindehhez további vizsgálatokra van szükség – szögezte le az előadó. Számos antibiotikummal szemben a közösségi MRSA törzsek lényegesen érzékenyebbek, a közösségi klónok száma jóval magasabb. A jóval rezisztensebb kórháziak nem nagyon terjednek közösségben. Dr. Fűzi Miklós tapasztalatai szerint, a *Klebsiella pneumoniae* az utóbbi évek egyik legfontosabb nozokomialis kórokozója lett.

LEGYEN „GYANÚS” MINDAZ, AKI ÉL!

Járjunk el úgy, mintha minden páciensünk fertőzött (HBV/HCV pozitív) volna, sőt, érdemes a fogászati székben ült egyenesen MRSA kolonizáltak is tekinteni, hivatkozik a fogászati ellátásban követendő eljárási alapelvre **Dr. Fráter Márk** (SZTE), a későbbiekben közönségdíjat nyert „Az MRSA és a fogászat” című előadásában. A gyanúsításra minden ok adott, mert öregszik a társadalom, a lakosság körében nő a multi-morbiditás, gyakori a hospitalizáció. Mivel elsősorban a fejet (az ember orrát, torkát) lakja, lepi el (kolonizálja) a multi-rezisztens *Staphylococcus aureus* (az MRSA), ez a helyzet súlyos veszélyforrást jelent a fogászati ellátás során. A fogfúrás, fogkő-eltávolítás, a polírozás során ugyanis aeroszol képződik, permetszerűen a levegőben lebegő részecskékkel. A 100 mikrométernél nagyobb részecskék azonnal lerakódnak a környező felületre, az ennél kisebbek pedig, akár órákig a levegőben maradhatnak. Ennek következtében a szájflóra mikrobiai – a fogászati készülék körül mintegy másfél méteres körben – mindenre rákerülnek. A páciens vére is a rendelőben dolgozó arcára, szemébe, száj- ornyálkahártyájára sodródhat, teret adva a véráram útján való fertőződésnek. Adott annak esélye, hogy a fogorvosi rendelőben – az aeroszol útján – TBC, legionellózis, MRSA, vagy influenza is terjedhet. Napjainkban növekszik a Gram-negatív multirezisztens törzsek aránya. Új fajtái jelennek meg a kritikus helyszíneken (diák-, tömeg-, hajléktalanszállókon, idősök otthonában, sportkörökben) a bőr-bőrrel érintkezés nyomán (pl. sport), a sérült bőrfelületen (sportolás során, az elesett hajléktalanok esetében). A tisztaság hiánya bizonyos helyzetekben (börtönben, hajléktalanszállón, a kábítószeresek körében) csaknem „törvényszerűen” általános. Az adott helyzetet tovább súlyosbítja, hogy létezik családi halmozódás is. Mindeközben megfigyelhető, hogy a járóbeteg ellátásban nem tulajdonítanak kellő jelentőséget az MRSA-nak. Fráter doktor ezért a vészcsengő megnyomására használta fel a konferencia nyújtotta alkalmat, és arra kérte a kollégákat, szakembereket, hogy legyenek tisztában a tényekkel, vegyék figyelembe az említett adatokat. Olyan felmérésekre is utalt a továbbiakban, amelyek a fogászati csapatok tagjainál mutattak ki kóros orr flórát, amelyben a

fogászati egységkészülék vízvezetékeiben kialakult biofilm baktériumait is meg lehetett találni. Ezért úgy véli a fiatal fogorvos, hogy az orr-szájmaszk mellett, rutinszerűen (standard módon, nem esetlegesen, különleges, ritka alkalmakkor) arcvédő pajzsot, sapkát kellene viselni. Elengedhetetlen volna a rendszeres szellőztetés is – ennek révén mind a saját, mind a páciensek egészségét meg lehetne óvni, annak ellenére, hogy a rendelőben használatos nagysebességű forgóeszközök, a szájba illeszthető lenyomatok, a protézisek alkalmazása önmagában veszélyhelyzetet eredményez.

Külön figyelni kell a száj-, az arc-állcsont sebészeti betegek ellátása során az MRSA fertőzés megelőzésére, felismerésére, eliminálására. Megoldást jelenthet, ha a páciens a kezelés előtt aszeptikus szájöblítést végez: nyálkahártya-fertőtlenítővel való öblögetés szignifikánsan csökkenti a szájban lévő baktériumok számát, így az aeroszolba is kevesebb kerül a szájból, ez pedig már jelentős védelmet nyújt a kezelő teamnek.

A fogtechnikáról érkező kivehető pótlások 60%-ának felületén szájüregből származó baktériumok vannak, akár csak a polírozó eszközök, a paszta felületén (főleg *Streptococcus*, de *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, sőt MRSA is). A pácienseknél keresztferőzést idézhetnek elő a kémiai és mechanikai fertőtlenítés nélkül próbált fogpótlások, ennek megelőzésére ezeket laborba küldés előtt, után fertőtleníteni kell. Az MRSA dekolonizáció eredményessége múlhat azon, ha a beteg, vagy ellátója nem tisztítja meg hatékonyan, rendszeresen a kivehető pótlást. Akkor is történhet keresztferőzés, ha a vezetékes vízre kötött fogászati készüléken, a nyomás esésekor (nyomásgadozáskor) elszívódnak a szájban lévő baktériumok, kontaminálva a vezetéket. A nyálelszívó az egyik legfertőzőbb eszköz. A nyomástól függően megfordulhat az áramlás iránya, és ha kezelés után nincs fertőtlenítés, az egyik páciensről elszívott anyag részecskéi megülhetnek a rendszerben (ha nincs visszaszívás gátló eszköz).

A fogorvos is fertőzhet: megesett, hogy 3 hét különbséggel szájsebészeti kezeléssel átesett 2 páciens ugyanazon MRSA fertőzést kapott. Bakteriológiai mintavétel történt, a törzs azonosítása után igazolódott, a forrás az orvos volt, akinek járványügyi vizsgálata kimutatta: orra, keze is MRSA pozitív volt.

Korszerű – ám a napi gyakorlat helyett inkább csak elméletileg ismert – eszköz a védő gumilepedő (kofferdam). Ezt a páciens fogaira rögzítik, csak a kezelendő fog esik a gumin belül, a lágy szövetek, a szájüreg többi része kívül marad. A páciens nagyobb biztonságban van, nem csak az orvos szájmaszkja védi. Komfortérzete is jobb, mert a kezelés során semmi nem csorog a torkára. A fúrásnál a képződő aeroszol nem érintkezik a páciens nyálával (így csak kariogén baktériumokat tartalmazhat), nem kell tartani az MRSA kolonizációtól, vagy a herpesz vírusfertőzéstől.

Minden szereplőt egyformán véd a kezelési zóna tisztán tartása. Annak ismeretében, hogy a *Staphylococcus aureus*/MRSA 7 hónapig képes életben maradni a tárgyak felületén, érthető rendszabály, hogy a fejtámlától számított 1-1,5 méteren belüli felületeket páciensenként fertőtleníteni kell. A kezelési zóna egyik legérzékenyebb „felülete”: a személyzet keze. A kéz-higiéne 5 eleme a fogászati ellátásban (amikor

mindenképpen kéztisztításra van szükség): a szájnyalvákártya érintése előtt, az azzal való foglalatosság befejezése után, a kezelési zóna felületének érintése után, a kesztyű levétele után, a használt eszközök kezelése után – ad összefoglalást Dr. Fráter Márk, majd új témára tér. A fogászat területén is kapcsolódik a járó- és fekvőbeteg ellátás, mondja, mégpedig a száj-, illetve az arc-, állcsontsebészetet keresztül. Az arctörött-, vagy a rákbetegnek speciális szempontjai vannak, náluk az MRSA sebfertőzés esélye nagyobb, aminek egyik következménye, hogy halasztódik a végső rekonstrukció, a másik, ha a máshonnan (alkarról, lábszárról) vett lebeny fertőződik, plusz sebészeti beavatkozásra van szükség.

FERTŐTLENÍTENI CSAK TISZTA FELÜLETET LEHET

A kórház-higiénés gyakorlatban a környezeti infekciókontroll (IC) célja a nozokomiális fertőzések megelőzése, mégpedig azon rizikótényezőknek a csökkentése révén, amelyek az ápolat mikrokörnyezetéből erednek, hangsúlyozta **Dr. Németh Irén** (Honvédkórház, Állami Egészségügyi Központ). Az IC szempontjából kritikus felület az, ami az ellátással összefüggő fertőzések átvitelében a gyakori kéz-, illetve eszközkontaktus révén játszik szerepet. Az IC személyzet feladata a kockázatbecslés, emellett e kritikus felületek konkrét azonosítása. A várható biológiai rizikó ismeretében ők határozzák meg a lehetséges hatásos tisztítási, fertőtlenítési eljárásokat, amiket az intézményi IC kézikönyvben precízen rögzíteni is kell. Elvárás, hogy e területeken alacsony legyen a csíraszám. Cél, hogy a beteg környezetéből semmiképpen ne terjedjen tovább a kórokozó. Az is fontos IC-szakmai feladat, hogy minél több váladék minta legyen, mert annak alapján lehet „fészekhez” kötni a fertőző ágenseket.

Az egészségügyi dolgozóknak tudniuk kell, milyen jelenlévő kórokozók terjedését kell megakadályozni az osztályon.

Fertőtleníteni csak tiszta felületet lehet! A laikus meglepődhet ezen az állításon, ám akkor van valójában baj, mondja Dr. Németh Irén, ha egy ilyen megállapítás a kórházi dolgozó számára is meglepő, ha újdonságként fogadja. Minden szakdolgozónak tudnia kell (a takarító-személyzetnek meg számíthatnia kell rá), hogy a magas rizikójú helyeken folyamatosan ellenőrzik a tisztítás minőségét, hatékonyságát. Környezeti mintavételre különösen akkor van szükség, ha aktuális járvány alatt feltételezhető, hogy van kórokozó kolonizáció. A kémiai alapú mellett a kéz-higiénénél megismert fluoreszcens a két legfőbb monitoring eljárás. Mivel az IC szempontokat minden szakorvosnak „illő” ismernie, a kórház-higiénikusok szeretnék elérni a szakmai kollégiumoknál, hogy ne csak a megelőző orvoslással, a népegészségüggyel, vagy a járványüggyel foglalkozók képzésében jelenjen meg. A háziorvosok felkészítését is szorgalmazzák, hiszen ott dől el a betegút, sőt, a beteg sorsa is! A napi gyakorlatban akad olyan családorvos, aki akár 3 hónapig is kezel(get)ti páciensét, mielőtt tanácsalanságát beismerve, átadja, pontosabban „átengedi” őt másnak, azaz szakorvoshoz küldi tovább.

Ahol a menedzsmentet nem érdekli az IC – mert nem ismerték fel jelentőségét, illetve azt, hogy betartása költségha-

tékonyt eredményez – nehezebb kialakítani a helyes infekciókontrollt, hiszen az osztályvezető bólint rá a beosztott orvos által előírt terápiára. Az IC képzést ezért nemcsak az egyetemen szükséges bevezetni, összegezte mondandóját Dr. Németh Irén.

A PREVENCIÓS SZEMLÉLET JELENJEN MEG A FINANSZÍROZÁSBAN IS

Az infekciókontroll olyan, mint a védőpajzs. A védelem három fontos eleme: a kórház-higiéné, az infektológia, a mikrobiológia, hangsúlyozta „A követő mikrobiológiai tenyésztések, ellenőrző mintázások szükségessége” című előadásában **Dr. Nagy Kamilla** (SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ). A kórház-higiénikus mikrobiológiai módszerrel – fertőzőttségi, sterilítási mintavételi, vérnyom-szennyezettségi vizsgálat révén – ellenőrzi a betegellátási folyamatok higiéniés körülményeit, a tisztaságot. Felügyeli a fertőzött, az ellátás során fertőző forrásként szereplő beteg izolált ellátását (a betegnél, a szobatársi kontaktoknál mikrobiológiai szűrővizsgálatot végez/et. Gondoskodik a dolgozó biztonságról, az egészségügyi személyzet IC oktatásáról. Ellátja a vérrel szennyezett eszközök okozta szúrásos-vágásos sérüléseknél szükséges teendőket, aminek igen fontos része, hogy szerológiailag nyomon követik a sérültet.

Sokkal drágább az, ha későbbi fázisban, a kontaktszemélyeket kell majd izolálni, kezelni – utalt Dr. Nagy is a költség-hatékonyságra. Azzal kapcsolatban, hogy ki a kontakt, világosan meghúzta az ide sorolandók körét: nem csak a szobatárs tekintendő kontaktnak, hanem mindazok (betegek, vagy látogatók), akik a fertőzésforrást jelentő személlyel azonos mosdót használnak. De „kontakt”, mert fertőzött és így fertőzés forrása lehet a katéterező tálca, az injekciós pult, a kötöző kocsi, sőt, a beteg-etető asztallap, az éjjeli szekrény is. Folyamatosan ellenőrizni kell az endoszkópokat, hiszen azzal szinte bármi átvihető egyik személyről a másikra. Ellenőrizni kell a vizet is, méghozzá abban az állapotában, ahogyan a pácienshez eljut. Azaz: a csapból folytatva, előzetes fertőtlenítés nélkül, vagy például a fogorvosi fúrógép turbinájából.

MENNYIRE TISZTA A TISZTA?

Vajon tiszta-e valójában a tisztának vélt kéz – bemosakodás után, injekciózás vagy etetés előtt. Gondolni kell rá, hogy ellenőrizendő a bemosakodó adagoló csapja is. Az előadó az ultrahang-vizsgálatokkal kapcsolatos szempontokra is felhívta a figyelmet. Ha a vizsgálófejről nem törlik le a gél, ami érintkezett a beteg testével, az a gél kórokozók táptalaja lehet. A korábban kontaminálódott, s nem fertőtlenített vizsgálófej a következő beteg bőrére átviheti a rákerült kórokozókat. Elgondolkodtató példákat sorolt Dr. Nagy a vizsgálatra váró beteg has-bőrének tenyérszerű helyén E. coli, C. diversus, illetve betegvizsgálat után az UH-fejen E. coli, C. diversus, S. aureus, E. faecalis kórokozót találtak. Előfordul, hogy a gél elfertőződik, miközben a nagyobb tárolóból kitöltik. Arra is volt már példa, hogy az eredeti csomagolású gélben találtak pszeudomonaszt.

Az endoszkóp Hepatitis vírusok, Salmonella, Helicobacter pylori, TBC, sőt Clostridium difficile átvívője lehet. A rizikó súlyára utal, hogy véradásnál kizáró kritérium, ha az előző 6 hónapban történt az egyénnél endoszkópos vizsgálat. Le kell szögezni, hogy nagyon nem etikus, ha csak a nap első beteget jut megfelelően tisztított, előkészített eszközhöz. Folyamatos kötelezettség a fertőtlenítés.

A mosdótálon, ágytálon szinte „törvényszerű”, hogy a fertőtlenítés elmaradása esetén megtalálhatók a bélben tenyésztő kórokozók. Köztudottan a szivacsmatracokat nehéz tisztítani. Nincs mindenütt mód rá, hogy a fekvőbetéteket betegként cseréljék. A védőhuzat nélküli matrac nagymértékben kontaminálódik, Gram negatív kórokozók rezervoárja lesz. Mindez kórházi járványok veszélyét hordozza. (2011-ben 63 levett mintából 7 volt kifogásolható) A kézzel tisztított mosdótálok 25%-a Gram-negatív kórokozókval szennyezett, a fertőtlenítettnek mondott beöntő kanna 75%-a nem fogadható el. A fertőtlenítettnek vélt gumi összekötőcső 100%-ban kifogásolt, ugyanakkor a sterilizált végbélcső 100%-ban megfelelő.

Elrettentő az a példa, hogy az egészségügyi dolgozó kesztyűjén találtak E. colit, de volt már levestűzőn E. cloacae, vagy tálcán A. baumannii. A hibáztatható dolgozó számára esetleg annyi lehet a „mentség”, hogy a tejkonyhák infrastruktúrája általában kifejezetten elavult, márpedig a tej alapú tápszer jó táptalaj a kórokozók számára. A tállalást végző dolgozók védőkesztyűje amúgy látszólag tiszta, de mikrobiológiailag kontaminálódott lehet. Nekik is fontos volna kézfertőtlenítő-szeres zsebpalackot maguknál tartani, mint a betegágy mellett dolgozóknak. Azonban volt fejlődés: míg 2000-ben a minták 38%-a, manapság 10%-a nem elfogadható. 2000-ben minden harmadik dolgozó, ápoló (31%) keze volt kifogásolható, 2011-ben mindenkiét rendben találták.

IZOLÁLNI, JELENTENI, ADATOT TOVÁBBÍTANI

Komoly kihívást jelent az egészségügy és a benne dolgozók számára a baktériumok antibiotikum-rezisztenciája, mert csökkenti a terápiás lehetőségeket, megnöveli a gyógyulási időt, sajnálatos esetekben a mortalitást, és általában véve minden körülmények között a direkt és indirekt költségeket – vezette be „A szűrővizsgálatok szerepe a betegellátás gyakorlatában” című előadását **Dr. Tasáry Ilona** (Péterfy Sándor Utcai Kórház). Nagy hangsúllyal szövegezte arról, hogy a multirezisztens kórokozók (MRK) okozta fertőzések csökkentéséhez szükség van mind a jogszabályban, mind a szakmai útmutatókban megjeleníteni az IC tevékenységet. Az MRK felkutatását pedig szűrővizsgálat teheti hatékonyabbá. Azt is megemlítette azonban, hogy az egészségügyi intézetekben igen változó a dolgozók informáltsága, elvárható hozzáállásuk minősége. A 2011-es évre vonatkozó OEP adatok alapján említett néhány jellemző multirezisztens kórokozót: MRSA, VRE (Enterococcus, ami Vancomycin-rezisztens), MECO (Klebsiella, a 3. generációs cefalosporinokra nem érzékeny), MACI (Acinetobacter, az imipenem és/vagy meropenemre nem reagál), CRKL (Klebsiella pneumoniae, imipenem/meropenem, karbapenemáz termelő). Az MRK-k által okozott nozokomiális fertő-

zések száma 2011-ben 2127 volt. Az osztálytípusokat tekintve: első helyen áll az intenzív terápiás osztály: 673 (31,6%), követi a sebészet 332 esettel (15,6%), majd jön a belosztály 258 esettel (12,13%). A leggyakoribb klinikai formák: sebfertőzés 592 eset (23,9%), véráramfertőzés 509 (20,57%), húgyúti fertőzés 554 (22,39%), pneumónia 279 eset (11,3%). A halálozási adatokat tekintve: 2127 ápolat közül 593 (27,9%) beteg vesztette életét.

Rizikótényezőt jelent az MRK fertőzés kialakulásában az antibiotikum terápia, a gyakori kórházi kezelés, intenzív terápiás osztályos tartózkodás (ITO), a perifériás kanül, illetve a centrális vénás kanül (CVK) használata, a szív- és érrendszeri megbetegedés, a húgyúti katéter.

Követendő alapszabály, hogy a gyanított hordozót, a laboreredmény biztos megismeréséig izolálni kell. Ehhez képest a napi valóságban magát az elhúzódo sebkezelést is ritkán jelentik. A hibás gyakorlat mögött hiúság, esetleg a presztízsvesztés miatti félelem húzódik meg, ezért adott kórháznak – papíron – inkább nincs is fertőzött sebű ápolója. Rossz a mintavételi hozzáállás, ugyanakkor a helyzet, a környezet sem kedvező, hiszen a laborok lehetőségei, működési feltételei megváltoztak, messze vannak az optimálisnak mondhatótól.

A laboratórium használatával kapcsolatos cél, szabály volna az, hogy amennyiben kinn végzik a vizsgálatot, a lelet ne legyen egy hétnél korábbi. A bennfekvő beteg eredménye pedig ne legyen 48 óránál régebbi. Gyorsteszteket kellene rendszerbe állítani, és megfelelő személyzetre is szükség van – márpedig ritkán kapni jó mikrobiológust, kórházi higiénikust, segítőt: epidemiológiai ápolót. A prevenció szemléletnek, a megelőzés fontosságának a finanszírozásban is meg kell(ene) nyilvánulnia.

TÉTELEK, IGAZSÁGOK, MEGÁLLAPÍTÁSOK – HAZAVITELRE

A kórházi fertőzések nagy többségének megelőzésére szolgáló eszközök, a módszerek a klinikusok és az ápoló személyzet kezében vannak. A klinikai járványügyi szakemberek feladata e tevékenység segítése, koordinálása, illetve az ehhez csatlakozó képzés, oktatás, orientálás. Infekciókontroll nélkül nincs betegbiztonság. Az IC is kockázatot hordozhat, de elkerülése még inkább! A fertőzés, a járvány elleni harc egyetlen eredményes eszköze a megelőzés, eszköze az izoláció. A WHO adatai szerint a fertőzések kétharmada a kéz-higiéné fejlesztésével kivédhető („a kézmosás fontosabb, mint a lábszak használata!” – utalunk ismét az egyik infektológus előadó szavaira), mások szerint ezért célszerű, ha a személyzet tagjainak a zsebében mindig kéznél van a fertőtlenítő flakon. Más adatsor szerinti megfogalmazásban: a kórházi fertőzések fele komplex IC-vel megelőzhető. A bizonyítékokon alapuló ajánlások alkalmazása különösen a nagy betegszámot és a medicina minden területét érintő – nagy halálozással és jelentős költségekkel járó – olyan terület esetén fontos, mint amilyen az infektációkontroll.

Fazekas Erzsébet