

jest mniejsza (3 do 25%) i przede wszystkim o nieco innej strukturze. Co prawda nadal najczęściej są to zakażenia układu moczowego, ale następne miejsca zajmują infekcje ran pooperacyjnych. Znaczną rolę odgrywają także zakażenia układu oddechowego, skóra i bakterie. W oddziałach urologicznych obok zakażeń typowych dla oddziałów chirurgicznych występują zakażenia układu moczowego związane z m. in. zabiegami endoskopowymi oraz cewnikami pęcherzowymi i moczowodowymi. Poznanie przyczyn powstawania ZW umożliwia wprowadzenie procedur umożliwiających utrzymanie częstości ZW na możliwie niskim poziomie.

LITERATURA

1. Polk H. C. jr. (red): „Zakażenia w chirurgii.”, 1987, PZWL, Warszawa, 39-50.
2. International Federation of Infection Control: „Infection Control: Basic Concepts and Practices.” wyd. 2, www.ific.narod.ru
3. Zespół Ekspertów Głównego Inspektoratu Sanitarnego: „Praktyczne zasady kontroli zakażeń szpitalnych.”, Warszawa, 2000.
4. Zaremba M. L., Borowski J.: „Nadzór, kontrola i profilaktyka zakażeń szpitalnych.” w: „Mikrobiologia lekarska.”, wyd. 3, PZWL, Warszawa, 2001, 690-705.

Zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym u pacjentów leczonych w oddziałach urologicznych

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym – uwagi ogólne

Działania podejmowane w celu zapobieganie rozwojowi ZW koncentrują się na trzech kierunkach:

1. Likwidacja źródeł i rezerwuarów zakażenia
2. Przecięcie dróg zakażenia
3. Modułacja osobniczej wrażliwości na zakażenie

Ad.1. Czynności podejmowane w tym kierunku dotyczą zarówno pacjentów, jak i personelu oraz środowiska szpitalnego. Wśród pacjentów szczególnego postępowania (izolacji) wymagają z jednej strony osoby ze zmianami ropnymi i zakażone bakteriami o szczególnej zjadliwości lub oporności na antybiotyki (np.: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*) a z drugiej pacjenci szczególnie wrażliwi na zakażenie (noworodki, osoby starsze, pacjenci po oparzeniach, przeszczepach, dializowani, w immunosupresji). Podobne zalecenia dotyczą personelu. Systematycznie badany w kierunku nosicielstwa *Salmonella*, *Shigella* powinien być personel kuchenny. Badanie nosicielstwa gronkowców wśród personelu szpitalnego jest konieczne tylko w szczególnych sytuacjach (epidemia zakażeń metycilinoopornym gronkowcem złocistym –

MRSA). Osoby z zakażeniami ropnymi nie powinny brać udziału w zabiegach ani nawet przebywać w pomieszczeniach bloku operacyjnego. Obok eliminacji z sal chorych kwiatów stanowiących zagrożenie *Pseudomonas sp.*, *Serratia sp.*, pomieszczenia i sprzęty powinny być poza codziennym myciem i dezynfekcją systematycznie odnawiane lub wymieniane.

Ad.2. Rozprzestrzenianiu się istniejącej infekcji można przeciwdziałać doskonaląc metody postępowania aseptycznego i antyseptycznego oraz zapewniając prawidłowy nadzór i kontrolę. Aseptyka w odniesieniu do oddziału urologicznego dotyczy przede wszystkim bezwzględniego przestrzegania jałowości cewników (najlepiej jednorazowe i w systemie zamkniętym), płynów i sprzętu endoskopowego oraz jałowego postępowania chirurgicznego, czystości sal operacyjnych, warunków transportu i przechowywania jałowych narzędzi. Antyseptyka to mycie i dezynfekcja rąk, sprzętu i powierzchni oraz okresowa ich kontrola mikrobiologiczna. Szczegółowe przepisy określają także postępowanie związane z odpadami "zwykłymi", odpadami skażonymi (do spalania) i odpadami zawierającymi przedmioty ostre (pojemniki umożliwiające bezpieczne zdejmowanie i utylizację).

Dużą rolę odgrywają także przemyślane rozwiązania architektoniczne i organizacyjne. Maja one m. in. zapewnić rozdzielanie ruchu pacjentów i towarów (opatrunki, leki, żywność, narzędzia, odpadki itd.) tzw. "czystych" i "brudnych".

Ad. 3. Wśród metod modulacji odpowiedzi immunologicznej dostępną obecnie metodą jest szczepienie p. WZW B (pacjenci i personel). W wybranych grupach pacjentów są stosowane specyficzne szczepionki i środki immunomodulujące.

Niedocenianym zagrożeniem jest nadużywanie i nieprawidłowe używanie antybiotyków powodujące zarówno bezpośrednie efekty w postaci rzekomobłoniastego zapalenia jelit (nadmierny rozwój *Clostridium difficile* w wyniku leczenia m. in. klindamycyną) jak i powstawanie szczepów antybiotykoopornych.

Kontrolę i nadzór nad przestrzeganiem wytycznych dotyczących zapobiegania ZW sprawują szpitalne, regionalne i krajowe Komitety i Zespoły ds. Zakażeń Szpitalnych.

Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych

Podstawową rolę w zapobieganiu rozwojowi zakażeń wewnątrzszpitalnych odgrywa sprawny nadzór Komitetu (Zespołu) ds. Zakażeń Szpitalnych. Stworzenie takiego zespołu jest obecnie konieczne zarówno na poziomie szpitala jak i regionu (województwa). Umożliwia to nie tylko rzeczywistą ocenę zagrożenia jakie niosą ZW, ale przede wszystkim podjęcie działań, które mogą przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania ZW. W skład zespołu wchodzi przede wszystkim mikrobiolog lub lekarz chorób zakaźnych jako przewodniczący (ICO *infection control officer*) oraz pielęgniarka (ICN *infection control nurse*). Zespół współpracuje ściśle z pracownią mikrobiologiczną, apteką, dyrekcją i kierownikami jednostek organizacyjnych. Do zadań zespołu należy organizacja i nadzór nad zgłaszaniem zakażeń szpitalnych, ich analiza, nadzór nad polityką antybiotykową szpitala, współudział w planowaniu architektonicznym i organizacyjnym, tworzenie schematów postępowania mających zapobiegać powstawaniu ZW i nadzór nad ich przestrzeganiem oraz prowadzenie szkoleń dla personelu. Zespół (personalnie – Przewodniczący Zespołu) jest także odpowiedzialny za błędy wynikające z braku należytej kontroli. Przestrzeganie