

HI-viirusega töölase nakatumise vältimine ja kokkupuutejärgne profülaktika tervishoiutöötajatel

Kai Zilmer – Lääne-Tallinna Keskhaigla

tervishoiutöötaja, kokkupuude, kokkupuutejärgne antiretroviirusprofülaktika (KJP)

Seoses HI-viirusinfektsiooni järjest laieneva levikuga Eestis on suurenenud meditsiinitöötajate nakatumise võimalused kokkupuutel HIV-positiivsete või potentsiaalselt nakkusohtlike (nt narkomaanid) patsientidega. Kirjanduses on toodud mitmeid fakte meditsiinitöötajate haigestumisest HI-viirusega kokkupuutel nakkusohtlike patsientidega. Pädevad rahvusvahelised organisatsioonid on välja töötanud konkreetsed juhised ja soovitusel meditsiinitöötajate nakatumise vältimiseks, ohutute töövõtete rakendamiseks ja vajadusel ka profülaktiliseks raviks.

Artiklis on tutvustatud Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi ja Sotsiaalministeeriumi tervisekaitseosakonna ja tervisekaitseinspektsiooni koostöös välja töötatud ning soovitatud juhendit tervishoiutöötajate HI-viirusega töölase nakatumise vältimiseks. Eesmärgiks on anda informatsiooni kõigile meedikutele ja raviasutuste juhtidele vajalike meetmete rakendamiseks ja töötajate ohutuse tagamiseks.

Tervishoiutöötajate HI-viirusega nakatumise riskitegurid

Nakkusohtlikud on nakatunud inimese veri, kõik verd sisaldavad kehavedelikud ja koed. Potentsiaalselt ohtlikud on sperma, vaginaalsekreet, liivvor, sünoviaal-, pleuraal-, perikardiaal-, peritoneaal-, amnionivedelik, millega kokkupuutel on nakatumisrisk väike. Nakkusohtlikud ei ole *faeces*, ninasekreet, sülg, röga, higi, pisarad, uriin ja oksemassid, juhul kui need ei sisalda verd.

Meditsiinilise tegevuse käigus võib töötaja nakatuda talle nahkaläbiva vigastuse tekkimisel (nakatumisrisk 0,3%). Infitseeritud materjali sattumisel Töötaja limaskestale või varem kahjustatud nahapinnale on risk nakatuda alla 0,09%.

Nakatumisrisk suureneb kokkupuutel suure hulga verega, nähtavalt verega saastunud esemega ja nakkusallika veeni või arterisse paigutatud instrumendiga. Risk on töötajale suur igasugusel kokkupuutel haigega, kes on HIV-infektsiooni terminaalstaadiumis.

Pärast otsest kontakti kontsentreeritud HI-viirust sisaldava materjaliga, nt laboris, tuleb kohe otsustada, kas on vaja alustada kokkupuutejärgset profülaktikat.

Kokkupuudete sagedus sõltub ka tervishoiutöötaja erialast. Maailmapraktikas on sagedamini registreeritud kokkupuutejuhtumeid meditsiiniõdedel ja kirurgidel. Meditsiinilistest manipulatsioonidest on kõige ohtlikumad verevõtmine, kirurgilise õmbluse tegemine ning torkavate ja lõikavate jätmete käitlemine.

Tervishoiutöötajate nakatumine maailmas
1984.–2000. a oli USA-s vastavasse ametkonda teatatud 56 kokkupuutejärgsest HIViga nakatumise juhtumist. Lisaks sellele oli teatatud 138 HIViga nakatunud tervishoiutöötajast, kel küll puudus kinnitatud töölase eksoptsiooni järgne serokonversioon, aga samal ajal puudusid teised HIV riskitegurid.

Üldised ettevaatusabinõud ja ohutusmeetmed nakatumise vältimiseks

Tuleb meeles pidada, et **veri on alati potentsiaalselt nakkusohtlik, mistõttu tuleb vältida limaskestast ja vigastatud naha otsest kontakti verega**. Töötaja peab kasutama kummi- ja kindaid igal kokkupuutel patsiendi kehavedelikega, kahjustatud naha või limaskestadega, saastunud või potentsiaalselt saastunud materjali või vahenditega.

Töötaja nahavigastused peavad töö ajal olema kaetud plaastriga.

Enne ja kohe pärast ükskõik millist kontakti potentsiaalselt saastunud nakkuslike vedelikega, pärast kõiki meditsiinilisi manipulatsioone ja alati pärast kinnaste eemaldamist tuleb pesta käsi.

Kaitseriietust (mask, kaitseprillid ja kaitsepõll) on vajalik kanda juhul, kui esineb pritsimisohu. See on võimalik trahhea aspiratsioon, endoskoopia, põie kateteriseerimise, kirurgilise operatsiooni ja stomatoloogilise protseduuri käigus ning sünnitusabi andmisel.

Tuleb olla ettevaatlik potentsiaalselt saastunud teravate esemete kasutamisel. Nii ei ole soovitatav kirurgilist õmblusnõela kunagi asetada tagasi nõelahoidikusse mõlema käe abil; nõelu, süstalt vms eemaldada käsitsi. Kohe pärast kasutamist tuleb nõelad ja teised teravad-torkavad esemed visata mitteläbitorgatavast materjalist konteinerisse.

Infektsiooniohu ilmnemisel tuleb kõik kasutatud esemed ja kehavedelikega kokkupuutunud pinnad kohe desinfitseerida vähemalt 60% alkoholilahusega või mõne muu desinfektandiga. Saastunud materjali hoida hävitamiseni märgistatud hoivanumas.

Laboratooriumis on vajalik järgida süstemaatiliselt kõiki eeltoodud ettevaatusabinõusid. Kõiki proove tuleb transportida hermeetiliselt suletavates katsutites, tihedalt suletud konteinerites. Keelatud on suuga pipeteerimine.

Hädavajalik on, et tööandja kehtestab igas raviasutuses ettevaatusabinõusid arvestava töökorralduse. Tööandja vastutab ohutuks tööks vajalike töötingimuste ja vahendite olemasolu eest. Haigla töö sisekorra eeskirjad peavad sisaldama ettevaatusabinõude kirjeldust, millega iga töötajat tuleb tutvustada allkirja vastu. Iga allüksuse juht peab regulaarselt kontrollima, kuidas tema üksuse töötajad ohutusnõudeid täidavad.

Ettevaatusabinõusid käsitlev koolitus peab toimuma regulaarselt, vähemalt üks kord aastas eraldi erineva kategooria töötajatele.

Ettevaatusabinõusid puudutava konkreetse töökorralduse väljatöötamine, koolitus, kontroll ja kokkupuutejuhtumite menetlemine peab olema haigla nakkustõrjekomitee pädevuses.

Tegutsemine pärast kokkupuudet HIViga

Igas tervishoiuasutuses tuleb välja töötada käskkirjaga kinnitatud konkreetset juhised, kuidas tegutseda pärast kokkupuudet infitseeritud materjaliga. Peab olema üks konkreetne isik (nt personaliarst, tavalise töötaja välisel ajal valvearst), kes sellega tegeleb: registreerib kokkupuutejuhtumi, uurib seda, hindab nakatumisriski ja püüab seda vähendada ning ordineerib profülaktilist ravi. Kokkupuutejärgse tegutsemise juhised peavad töökohtadel olema kättesaadaval kohal.

Tegutsemise järjekord kokkupuute korral peaks olema järgmine:

1. Kokkupuutepinna töötlemine

Nii terve kui ka kahjustatud nahapinna kokkupuutel nakkusliku materjaliga tuleb uhtuda nahale sattunud materjal rohke jooksva veega, seejärel pesta vastav piirkond pesemisvahendi ja veega ning loputada jooksva veega. Nahka läbivate vigastuste korral uhtuda vigastuse kohta jooksva veega ning lasta haavast verd välja voolata haava piirkonda pigistamata, seejärel pesta vigastuse koht pesuvahendi ja veega ning loputada jooksva veega. Vigastatud nahka võib desinfitseerida 70% alkoholi lahusega.

Nakkusliku materjali sattumisel limaskestale loputada limaskest rohke puhta veega, silma on soovitatav loputada steriilse füsioloogilise lahusega (0,9% NaCl).

NB! Töötaja naha või limaskesta vigastuste korral ei kasutata nahka söövitavaid aineid, limaskestade puhul desinfitseerivaid aineid. Antiseptiliste vahendite süstimine vigastuse piirkonda ei ole otstarbekas.

2. Nakatumisriski hindamine

Pärast kokkupuutejuhtumit ja kokkupuutepinna töötlust tuleb sellest teatada volitatud isikule, kes hindab nakatumisriski ja soovib vajadusel kokkupuutejärgset antiretroviirusprofülaktikat. Nakatumisriski hindamisel ja kokkupuutejärgse profülaktika (KJP) määramisel tuleb arvestada **kokkupuutetüüpi, kokkupuute ulatust ja kestust ning nakkusallika HIV-seisundit ja HIV-infektsiooni staadiumi** (vt tabel 1 ja 2).

Tabel 1. Kokkupuutejärgne profülaktika tervishoiutöötaja limaskestast või eelnevalt kahjustatud naha kontakti korral infitseeritud materjaliga

Kokkupuute tüüp	N a k k u s a l l i k a H I V - s e i s u n d				HIV-negatiivne
	HIV-positiivne I	HIV-positiivne II	HIV-seisund teadmata	Allikas teadmata	
Väike kogus verd (mõni tilk)	Kaalu KJPD põhiskeemi rakendamise vajadust	KJP põhiskeem 2 ravimiga	Tavaliselt ei ole KJP vajalik. Kaalu KJP põhiskeemi vajadust, kui allikas on HIV-infektsiooni riskirühmast*	Tavaliselt ei vaja KJPD. Kaalu KJP põhiskeemi vajadust olukordades, kus risk HIV-positiivsega kokkupuuteks on tõenäoline	Ei vaja KJPD
Suur kogus verd	KJP põhiskeem 2 ravimiga	KJP laiendatud skeem 3 ravimiga	Tavaliselt ei vaja KJPD. Kaalu KJP põhiskeemi vajadust, kui allikas on HIV-riskirühmast*	Tavaliselt ei vaja KJPD. Kaalu KJP põhiskeemi vajadust olukordades, kus risk HIV-positiivsega kokkupuuteks on tõenäoline	Ei vaja KJPD

* KJP võib osutada otstarbekaks ning baseerub kokkupuutunud isiku ja personaliarsti vahelisel kokkuleppelisel otsusel. Kui selgub, et allikas on HIV-negatiivne, tuleb KJP lõpetada.

HIV-positiivne I - asümptoomne HIV-infektsioon või teadaolev madal viiruse hulk (< 1500 HIV RNA koopia/ml). Kui probleemiks on võimalik resistentsus, konsulteerige infektionistiga (KJP alustamine ei tohi aga hilineda).

HIV-positiivne II - sümptoomne HIV-infektsioon, AIDS, serokonversioonistaadium või teadaolev kõrge viiruse hulk.

Tabel 2. Kokkupuutejärgne profülaktika tervishoiutöötaja nahkaläbiva vigastuse korral

Kokkupuute tüüp	N a k k u s a l l i k a H I V - s e i s u n d				HIV-negatiivne
	HIV-positiivne I	HIV-positiivne II	HIV-seisund teadmata	Allikas teadmata	
Vähem tõsine (õõneta nõel, pindmine kriimustus)	KJP põhiskeem	KJP laiendatud skeem	Tavaliselt KJPD ei vaja, kaalu KJP põhiskeemi vajadust, kui allikas on HIV-riskirühmast*	Tavaliselt KJPD ei vaja, kaalu KJP põhiskeemi vajadust olukordades, kus risk kokkupuuteks HIV-positiivsega on tõenäoline	Ei vaja KJPD
Tõsine (õõnesnõel, sügav torge, vahend nähtavalt verine, vahend olnud nakkusallika arteris või veenis)	KJP laiendatud skeem	KJP laiendatud skeem	Tavaliselt KJPD ei vaja, kaalu KJP põhiskeemi vajadust, kui allikas on HIV-riskirühmast*	Tavaliselt KJPD ei vaja, kaalu KJP põhiskeemi vajadust olukordades, kus risk kokkupuuteks HIV-positiivsega on tõenäoline	Ei vaja KJPD

* KJP võib osutada vajalikuks ning baseerub kokkupuutunud isiku ja personaliarsti vahelisel kokkuleppelisel otsusel. Kui selgub, et allikas on HIV-negatiivne, tuleb KJP lõpetada.

HIV-positiivne I - asümptoomne HIV-infektsioon või teadaolev madal viiruse hulk (< 1500 HIV RNA koopia/ml). Kui probleemiks on võimalik resistentsus, konsulteerige infektionistiga (KJP alustamine ei tohi aga hilineda).

HIV-positiivne II - sümptoomne HIV-infektsioon, AIDS, serokonversioonistaadium või teadaolev kõrge viiruse hulk.

3. Tervishoiutöötaja nõustamine

Kokkupuutejuhtumi järel vajab tervishoiutöötaja nõustamist ja psühholoogilist tuge. Kuni selgub kokkupuutejärgne nakatumine/mittenakatumine, tuleb selgitada, kui suur on nakatumisrisk, kas profülaktika alustamine on efektiivne ja missugused on selle kõrvaltoimed ning kas on vaja rakendada preventiivseid meetmeid (kondoomi kasutamine, raseduse vältimine, rinnapiimaga toitmise lõpetamine,

samuti vere ja kudede doonorluse vältimine). Preventiivsete meetmete rakendamine on eriti vajalik 6–12 nädala jooksul pärast kokkupuudet, sest selle aja jooksul selgub enamikul juhtudel, kas on tekkinud serokonversioon.

Tervishoiutöötajal on õigus pärast kokkupuutejuhtumit jätkata tööd.

Tervishoiutöötajale peab olema tagatud konfidentsiaalsus kokkupuutejuhtumi suhtes.

4. Nakkusallika testimine

Potentsiaalne nakkusallikas on HIV-positiivne, kui laboratoorselt on tõestatud HIV-nakkus (antikehade või HIV p24 antigeeni või HIV RNA olemasolu).

Potentsiaalne nakkusallikas on HIV-negatiivne, kui on olemas laboratoorne kinnitus enne kokkupuutejuhtumit (maksimaalselt 4 nädalat) võetud negatiivsest vereanalüüsist HIV suhtes, samuti kui isikul ei esine ägedale retroviirussündroomile viitavaid kliinilisi avaldusi ja isik ei kuulu HIV-infektsiooni riskirühma.

Kui nakkusallika HIV-seisund on teadmata, võetakse tal kohe pärast kokkupuudet vereproov. Seejuures on vajalik küsida potentsiaalse nakkusallika nõusolekut testimiseks. Nakkusallika isikuandmed tuleb fikseerida kokkupuutejuhtumi uurimise protokollis.

Vereuring tehakse HIV-1 ja HIV-2 antikehade suhtes. Soovitatav on kasutada Eesti HIV-infektsiooni referentslabori aktsepteeritud kiirteste. Kui nakkusallika suhtes on HIV-kahtlus (nt veeni süstiv narkomaan) ja antikehade test on negatiivne, tuleb kaaluda ka antigeeni ja/või HIV RNA määramist.

5. Tervishoiutöötaja testimine

Tervishoiutöötajal võetakse analoogselt nakkusallikaga esimesel võimalusel pärast kokkupuutejuhtumit veri HIV antikehade määramiseks (nn 0-analüüs).

6. Kokkupuutejärgne antiretroviirusprofülaktika (KJP)

Kui nakatumisriski hindamise tulemusena osutub soovitatavaks HIV-vastane antiretroviirusprofülaktika, tuleb töötajale teha ettepanek selle alustamiseks. Oma nõusolekut ravi alustamiseks või ravist keeldumist kinnitab töötaja kirjalikult allkirjaga kokkupuutejuhtumi uurimise protokollis.

KJP efektiivsuse kohta on suhteliselt vähe informatsiooni, ühes retrospektiivses uuringus on näidatud kokkupuutejärgse zidovudinravi 81%-list efektiivsust HIV transmissiooniriski vähendamisel tervishoiutöötajatel (1).

Profülaktilise ravi alustamise aeg

Profülaktika efektiivsus sõltub ravi alustamise kiirusest pärast kokkupuutejuhtumit. Seetõttu ei ole aega oodata

nakkusallika analüüsi tulemust. **Profülaktikat tuleb alustada esimeste tundide, soovitatavalt esimese 2 tunni jooksul pärast kokkupuudet.**

Ajapiiri kokkupuute ja ravimise alustamise vahel, mille puhul ravi on veel efektiivne, on määramata (puuduvad vastavad uuringud). Profülaktika hilist alustamist (nt nädala möödumisel kokkupuutest) tuleks kaaluda vaid juhul, kui on tegemist väga suure nakatumisriskiga.

Kui potentsiaalse nakkusallika testi tulemus osutub negatiivseks, tuleb profülaktika lõpetada.

Kui potentsiaalse nakkusallika testimine HIV suhtes ei ole võimalik (nt isik keeldub), tuleb ravi alustamise vajaduse üle otsustamisel arvestada ekspositsioonitüüpi ja potentsiaalse nakkusallika kliinilist ning epidemioloogilist HIV-infektsiooni tõenäosust.

Soovitatavad profülaktilise ravi skeemid

Profülaktikaks kasutatakse antiretroviirusravimite kombinatsioone. Enamiku profülaktikat vajavate kokkupuutejuhtumite korral on näidustatud antiretroviirusravimite **põhiskeem**, mille puhul manustatakse kaht pöördtranskriptaasi inhibeerivat ravimit:

ZDV (ZIDOVUDINUM) 600 mg päevas

jagatuna 2–3 korrale ja

3TC (LAMIVUDINUM) 150 mg 2 korda päevas

(kombineeritud preparaadina ZDV + 3TC = COMBIVIR).

Võib kasutada ka kombineeritud preparaate, mis sisaldavad ZDV ja 3TC (COMBIVIR).

Võib kasutada ka järgmisi kombinatsioone:

3TC (LAMIVUDINUM) 150 mg 2 korda päevas

d4T (STAVUDINUM) 40 mg 2 korda päevas

või

d4T (STAVUDINUM) 40 mg 2 korda päevas

+ ddl (DIDANOSINUM) 200 mg 2 korda

päevas

Laiendatud raviskeemi kasutatakse suurema nakatumisriski korral (nakkusallikas on HIV-infektsiooni terminaalstaadiumis / allikal on väga suur viirusehulk / allikas saab kombineeritud ravi / on tegemist resistentsusega / on tegemist tõsise kokkupuutega). Laiendatud raviskeemi korral lisatakse põhiskeemile kolmas ravim, üks alljärgnevatest proteaasi inhibiitoritest:

Tabel 3. Antiretroviirusravimite kõrvaltoimed

Antiretroviirusravim	Võimalikud kõrvaltoimed
Nukleosiidsed pöördtranskriptaasiinhibiitorid (NRTI)	
ZIDOVUDINE (Retrovir®; ZDV; AZT)	aneemia, neutropeenia, iiveldus, peavalu, unetus, lihasvalu, nõrkus
LAMIVUDINE (Epivir®; 3TC)	kõhuvalu, iiveldus, diarröa, lööve, pankreatiit
STAVUDINE (Zerit®; d4T)	perifeerne neuropaatia, peavalu, diarröa, iiveldus, unetus, isutus, pankreatiit, maksafunktsiooni häired, aneemia, neutropeenia
DIDANOSINE (Videx®; ddl)	pankreatiit, laktaatsidoos, neuropaatia, diarröa, kõhuvalu, iiveldus
Mittenukleosiidsed pöördtranskriptaasiinhibiitorid (NNRTI)	
EFAVIRENZ (Sustiva®; EFV)	lööve, unetus, somnolentsus, peeringlus, kontsentratsioonivõime häirimine
NEVIRAPINE (ViramuneTM; NVP)	lööve (Stevensi-Johnsoni sündroom), palavik, iiveldus, peavalu, hepatiit, transaminaaside kasv
DELAVIDINE (RescriptorTM; DLV)	lööve, iiveldus, diarröa, peavalu, kumatus, transaminaaside kasv
Proteaasi inhibiitorid (PI)	
INDINAVIR (Crixivan®; IDV)	iiveldus, kõhuvalu, nefrolitiaas, indirektno hüperbilirubineemia
NELFINAVIR (Viracept®; NFV)	diarröa, iiveldus, kõhuvalu, nõrkus, lööve
RITONAVIR (NorvirTM; RTV)	nõrkus, diarröa, iiveldus, maitsetunde nõrgenemine, kolesterooli ja triglütseriidide sisalduse suurenemine
SAQUINAVIR (Fortovase®; SQV)	diarröa, kõhuvalu, iiveldus, hüperglükeemia, transaminaaside kasv
AMPRENAVIR (AgeneraseTM; AMP)	iiveldus, diarröa, lööve, maitsetunde nõrgenemine, depressioon
LOPINAVIR/RITONAVIR (KaletraTM)	diarröa, kumatus, peavalu, iiveldus, kolesterooli ja triglütseriidide sisalduse suurenemine

kas IDV (INDINAVIRUM) 800 mg 3 korda päevas või NFV (NELFINAVIRUM) 750 mg 3 korda päevas

Laiendatud skeemi kasutamise eel tuleb konsulteerida infektsionistiga.

Alljärgnevid antiretroviiruspreparaate võib kasutada ainult infektsionistiga konsulteerimise järel. Teisi kasutusel olevaid preparaate, RTV (RITONAVIR), AMP (AMPRENAVIR), SQV (SAQUINAVIR), DLV (DELAVIDINE), LOPINAVIR/RITONAVIR, võib kasutada ainult infektsionisti soovitusel.

Profülaktikaks ei kasutata NVP-d (NEVIRAPINE).

Täieliku informatsiooni puudumine nakkusalika kohta ei ole põhjuseks, et viivitada profülaktika alustamisega. Raviskeemi saab hiljem vajadusel korrigeerida.

Profülaktika kestus

Profülaktika optimaalse kestuse kohta puuduvad uuringud. Levinud praktika kohaselt soovitatakse neljanädalalist profülaktilist ravi kuuri.

Nakkusriski ei tohi kunagi ülehinnata, sest antiretroviirusravimite võivad olla tõsised kõrvaltoimed (vt tabel 3).

Ravialuse jälgimine ravimite kõrvaltoimete avastamiseks

Enne ravi alustamist ja kaks nädalat pärast ravi algust tuleb määrata vere põhianalüüs (leukotsüüdid, erütrotsüüdid, trombotsüüdid), maksa- ja neerufunktsiooni näitajad, veresuhkur (kui raviskeemis on proteaasi inhibiitor). Jälgida tuleks selliseid sümptomeid nagu lööve, palavik, selja- või kõhuvalu, valu urineerimisel, hematuria, suurenenud janu ja/või sagenenud urineerimine. Kõrvaltoimete ilmnemisel tuleb ravimiskeemi modifitseerida, pidades eelnevalt nõu infektsionistiga.

Ägedale retroviiruslikule sündroomile viitavate sümptomite (palavik, lööve, müalgia, nõrkus, halb enesetunne, lümfadenopaatia) ilmumisel tuleb pöörduda infektsionisti poole.

Raseduse korral ei soovitata efavirenzi (teratogeenne toime lootele), d4T ja ddl kombinatsiooni, IDV-d vahetult enne sünnitust (hüperbilirubineemia oht vastsündinule). Reprodktiivses eas naistervishoiutöötajale tuleb infitseerumise kahtlusel koos HIV antikehade testiga vajadusel soovitada ka rasedustesti.

Töötaja jälgimine nakatumise suhtes

Pärast kokkupuutejuhtumit jälgitakse tervishoiutöötajat nakatumise suhtes HIV-markerite alusel (kui nakkusallikas on HIV-positiivne). Töötajat uuritakse HIV antikehade suhtes 6 ja 12 nädalat ning 6 kuud pärast kokkupuudet. Juhul kui nakkusallikas on nii HCV- kui ka HIV-positiivne, on HIV antikehade määramine soovitatav ka 12 kuud pärast. HIV RNA ja HIV antigeeni ei ole tavaliselt vaja määrata (vajadusel määrata HIV RNA, kuid mitte varem kui 2–3 nädalat pärast kokkupuudet).

Kliiniliste nähtude ilmnemisel tuleb töötajat uurida kohe HIV antikehade suhtes.

Kokkupuutejuhtumi registreerimine

Kokkupuutejuhtumi kohta tuleb koostada protokoll (tervishoiutöötaja tervisekaardis), mis sisaldab järgmisi andmeid:

- juhtumi toimumise kuupäev ja kellaaeg;
- töötaja tegevus juhtumi ajal (kuidas juhtus kokkupuude);
- juhtumi detailid (milline materjal, kui suure koguses, kui tõsine kokkupuude, sh vigastuse tüüp ja sügavus);
- nakkusallikas (kas potentsiaalse nakkusallika HIV-seisund on teada, HIV-infektsiooni staadium HIV-positiivsel, kas allikas saab HIV-spetsiifilist ravi, resistentsus, viiruse hulk veres);
- andmed töötaja kohta (kas kasutas kaitsevahendeid, milliseid, kas need purunesid);
- kokkupuutepinna töötlemine;
- hinnang nakatamise tõenäosuse kohta;
- juhtumit menetlema volitatud arsti nimi ja allkiri;
- vajadusel tervishoiutöötaja allkiri raviga nõustumise /ravist keeldumise kohta;
- protokollitäitmise kuupäev.

Allikmaterjalid

1. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis MMWR (May 15, 1998) 47(RR-7);1–28.
2. Updated U. S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis MMWR (June 29, 2001) 50(RR-11);1–52.

Kirjandus

1. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997;337:1485–90.

Summary

Vocational prevention of HIV infection

In connection with the increasing spread of HIV virus infection in Estonia, possibilities for medical personnel to acquire it during contact with HIV positive patients or with patients representing the risk of infection (e.g. drug addicts) have increased. There are several reports in literature about medical workers who have contracted the disease at contact with such patients. Relevant international organizations have developed practical guidelines and recommendations for prevention of infection, for implementation of safe work methods and, when needed, for preventive treatment for medical personnel.

This article introduces a guideline for the vocational prevention of HIV infection for medical personnel, elaborated by the Estonian Society of Infectious Diseases in collaboration with the Health Protection Department of the Ministry of Social Affairs and the Health Protection Inspection. The aim was to provide all medical professionals and leaders of medical establishments with information which serves as a basis for taking appropriate measures for ensuring the safety of the staff.

Vocational prevention of HIV virus infection and post-contact prophylaxis for medical personnel

kai@mail.merimets.ee