

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

**Порядок
профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги**

I. Загальні положення

1. Цей Порядок призначений для співробітників закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

2. Порядок визначає механізм проведення профілактичних і протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ПНМД) та спрямований на зниження розповсюдженості ПНМД та захворюваності спричиненої мікроорганізмами резистентними до антимікробних препаратів (далі – АМР).

2. Цей Порядок є обов'язковими для всіх ЗОЗ, усіх форм власності незалежно від їх відомчого підпорядкування.

3. Відповідальними за виконання цього Порядку у ЗОЗ є його керівник, у структурних підрозділах – керівники структурних підрозділів.

4. У цьому Порядку терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

вентилятор-асоційована пневмонія (далі – ВАП) – група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті інтубації та подальшої механічної вентиляції легень під час надання медичних послуг;

група ризику – соціальна група, стосовно якої є прямі епідеміологічні дані про те, що у її представників через певні об'єктивні чинники частіше за представників загального населення розвиваються захворювання або щодо якої є обґрунтовані припущення фахівців про високий рівень такого ризику;

інфекція області хірургічного втручання (далі – ІОХВ) – група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті хірургічного втручання;

катетер-асоційовані інфекції кровотоку (далі – КАІК) – група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті використання судинного катетеру для введення лікарських засобів, забору проб крові або інших процедур під час надання медичних послуг;

катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів (далі – КАІСВШ) – група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті використання сечового катетеру під час надання медичної допомоги;

фактори ризику – це потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовищ, що підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату;

АМП – антимікробний препарат;

ІПНМД – інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги;

КІК – комісія з інфекційного контролю;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку

1. Групи ризику щодо КАІК:

пацієнти відділень анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії (далі – ВАРІТ) та палат інтенсивної терапії, що обумовлено частим введенням декількох катетерів, використанням катетерів, які встановлюються виключно пацієнтам ВАРІТ і пов'язані з високими ризиками (наприклад, катетеризація легеневої артерії), довготривалим використанням катетерів, а також фактом постановки катетерів у надзвичайних обставинах;

пацієнти, які знаходяться на постійному гемодіалізі;

пацієнти з онкологічними захворюваннями;
пацієнти після оперативних втручань.

2. Фактори ризику:

довготривале перебування в стаціонарі до катетеризації;
довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетеру;
високий ступінь мікробної колонізації в місці введення катетеру (наприклад, пахова ділянка);
катетеризація внутрішньої яремної вени;
катетеризація стегнової вени у дорослих;
нейтропенія;
недоношеність;
недоукомплектованість ВАРІТ середнім медичним персоналом;
повне парентеральне харчування;
нестандартизований догляд за катетером (наприклад, персонал не пройшов підготовку щодо правильного догляду за катетером);
переливання препаратів крові у дітей.

3. Результатом приєднання КАІК є подовження строків перебування в стаціонарі та збільшення витрат на лікування.

4. Адміністративні вимоги до ЗОЗ щодо профілактики КАІК:

наявність КІК із затвердженим та таким, що реалізується, планом дій;
електронна база даних із врахуванням можливості вирахування днів використання катетеру (катетер-днів) та розповсюдженості КАІК;
затверджена та така, що реалізується, програма навчання і підготовки із перевіркою знань;
бактеріологічна лабораторія.

5. До основних заходів щодо профілактики і моніторингу КАІК входять: адміністративні заходи, моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК, заходи перед постановкою катетера, заходи після встановлення катетера, додаткові заходи профілактики КАІК.

1) Адміністративні заходи:

наявність переліку показань до постановки катетера (наприклад, зазначені в СОП);

навчання і підготовка персоналу, які встановлюють та здійснюють догляд за катетером із відпрацюванням практичних навичок (наприклад, зазначені в програмі навчання і підготовки персоналу ЗОЗ із наступною перевіркою знань);

необхідне співвідношення медичних сестер до пацієнтів у ВАРІТ – щонайменше одна медична сестра на двох пацієнтів;

забезпечити ВАРІТ середнім медичним персоналом, який працює на повний робочий день (ВАРІТ – основне місце роботи);

впровадити документування в історії хвороби наступних даних:

покази для введення катетеру;

дата і час введення катетеру;

медичний працівник, який провів процедуру;

дата і час видалення катетеру.

2) Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК:

необхідно вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів в кожному із відділень окремо для периферичних і центральних катетерів;

порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;

щонайменше раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту, керівництву ЗОЗ.

3) Заходи перед постановкою катетера:

щоденна обробка шкіри пацієнтів ВАРІТ (всього тіла) 2% розчином хлоргексидину, окрім дітей віком до 2 місяців, у яких необхідно використовувати 70% розчин спирту;

гігієнічна обробка рук перед одяганням рукавичок.

4) Заходи під час постановки катетера:

використання контрольного списку;

виконання процедури виключно у асептичних умовах;

не рекомендовано катетеризувати стегнову вену у дорослих пацієнтів із ожирінням;

не рекомендовано катетеризувати яремну вену у пацієнтів із трахеостомією;

використовувати периферичний судинний доступ з метою зниження ризиків розвитку ІПНМД недоцільно;

використовуйте переносний маніпуляційний столик або набір для постановки центрального судинного катетера, що містять все необхідне для асептичної постановки (перелік слід зазначити у відповідному СОП), і легко доступні у відділеннях, де проводиться катетеризація центральних судин;

катетеризацію внутрішньої яремної вени слід проводити в супроводі ультразвукової візуалізації;

необхідно використовувати наступні заходи задля забезпечення асептики під час постановки центрального судинного катетеру – медичні працівники, які приймають участь у постановці катетера, мають носити хірургічну маску із

екраном (або хірургічну маску і захисні окуляри) та бути одягнені у стерильний халат, хусточку або ковпак та стерильні рукавички;

пацієнт має бути накритий стерильною серветкою, яка покриває все тіло, під час процедури встановлення центрального судинного катетеру;

всі вищеперераховані заходи із забезпечення асептичних умов мають бути дотримані при заміні центрального судинного катетеру по провіднику;

необхідно використовувати хлоргексидиновий антисептик для підготовки шкіри перед процедурою (слід нанести на шкіру спиртовмісний антисептик із 2% хлоргексидином, який має висохнути до початку процедури).

5) Заходи після встановлення катетера:

перед початком маніпуляцій із катетером закрутки, порти та безголкові сполучення слід продезінфікувати:

у разі відсутності видимого забруднення – протерти 70% спиртом або 2% розчином хлоргексидину або повідон-йодом;

у разі видимого забруднення – очистити зони забруднення шляхом механічного тертя, протягом щонайменше 5 секунд, із застосуванням 70% спирту або 2% розчину хлоргексидину або повідон-йоду;

особливу увагу під час обробки необхідно звернути на порти та розгалуження, оскільки в більшості випадків при стандартному застосуванні катетера ці ділянки найчастіше колонізовані мікроорганізмами;

слід видаляти катетер одразу після зникнення необхідності в ньому (наприклад, оцінювати необхідність катетера під час щоденного обходу);

рекомендовано надавати перевагу прозорим пов'язкам перед марлевими, окрім випадків коли наявні виділення із місця проколу, до їх зникнення;

необхідно замінювати прозорі пов'язки і виконувати догляд за ділянками шкіри із антисептиком, що містить хлоргексидин, кожні п'ять-сім днів або одразу, якщо пов'язка забруднена чи пошкоджена;

марлеві пов'язки слід змінювати кожні два дні або одразу, якщо пов'язка забруднена, волога чи пошкоджена;

пов'язки можна замінювати рідше, ніж вказано вище, у випадках, коли існує великий ризик зміщення центрального судинного катетера;

необхідно використовувати антимікробні мазі під час догляду за катетерами (в області проколу), що використовуються для проведення гемодіалізу (повідон-йодову або поліспоринову мазь, у разі сумісності із матеріалом катетеру; заборонено використовувати мупіроцинову мазь через ризики формування резистентності та пошкодження поліуретанових катетерів).

б) Додаткові заходи профілактики КАІК (використовуються лише у випадках високої частоти розповсюдженості КАІК в ЗОЗ, при умові, що всі вищеперераховані заходи запроваджені і дотримуються):

використання катетерів імпрегнованих антимікробними або антисептичними засобами (наприклад, міноциклін-рифампін або хлоргексидин-сульфадіазин срібла) у пацієнтів, які:

мають обмежений венозний доступ та рецидивуючу КАІК в анамнезі;

мають високий ризик ускладнень від КАІК (наприклад, після трансплантації серцевого клапану);

використання просякнених хлоргексидином пов'язок у пацієнтів віком від двох місяців у ВАРІТ (додатково до щоденної обробки шкіри хлоргексидином);

використання антимікробних замків після закінчення роботи із катетером (антимікробні замки створюються шляхом заповнення просвіту катетера понадтерапевтичною концентрацією розчину АМП і залишення його до наступного використання катетеру). Через високий ризик розвитку АМР, при використанні цієї методики довгостроково (наприклад, у пацієнтів, яким проводиться гемодіаліз) необхідно робити періодичні бактеріологічні дослідження зразків крові, що взяті із катетера. Перед повторним використанням катетеру заборонено промивати катетер – рідину слід аспірувати з метою недопущення системної токсичності викликаної АМП.

6. Критерії ефективності профілактики КАІК:

відсоток дотримання правил постановки центрального катетеру, вираховується відповідно до зразку контрольного списку наведеного в додатку 1 до цього Порядку;

відсоток дотримання рекомендації щоденної оцінки необхідності в наявності катетера;

відсоток проведених дезінфекційних процедур до маніпуляцій з катетером (наприклад, перед внутрішньовенним вливанням).

7. Розповсюдженість КАІК по відділенням (рекомендовано розраховувати окремо для центральних і периферичних катетерів):

$$PK = \frac{KK}{KKD} \times 1000, \text{ де}$$

PK – розповсюдженість КАІК у відділенні на 1000 катетер-днів;

KK – кількість зареєстрованих КАІК у відділенні за період часу;

KKD – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася КАІК

та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів КАІК;

1000 – 1000 катетер-днів.

III. Профілактика інфекцій області хірургічного втручання

1. Фактори ризику щодо ІОХВ:

1) колонізація бактеріями області хірургічного втручання (наприклад, при оперативних втручаннях на кишківнику або в ротоглотці ризик розвитку інфекцій області хірургічної рани (далі – ІОХВ) вищий ніж при операціях на кістках);

2) вірулентність мікроорганізмів (наприклад, кількість коагулазопозитивних стафілококів, що необхідна для розвитку ІОХВ, нижча ніж кількість коагулазонегативних стафілококів);

3) середовище рани (наприклад, наявність некротичних залишків тканин в області хірургічної рани збільшує ризик розвитку ІОХВ);

4) захисні механізми організму, що ослаблені при наявності наступних захворювань та станів:

цукровий діабет;

тютюнопаління;

гормональна терапія;

недоїдання;

довготривале перебування в стаціонарі до оперативного втручання;

колонізація носоглотки *Staphylococcus aureus*;

періопераційне переливання крові.

2. Результатом приєднання ІОХВ є подовження строків перебування в стаціонарі та збільшення витрат на лікування.

3. Адміністративні вимоги до ЗОЗ щодо профілактики ІОХВ:

наявність КІК із затвердженням та таким, що реалізується, планом дій;

електронна база даних із врахуванням можливості вирахування розповсюдженості ІОХВ в залежності від типу рани;

затверджена та така, що реалізується, програма навчання і підготовки із перевіркою знань;

бактеріологічна лабораторія.

4. Класифікація ран у відповідності до ризику розвитку ІОХВ:

чисті – під час оперативного втручання відсутнє проникнення у колонізовану нормальною мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих обставинах (ризик розвитку ІОХВ мінімальний

і пов'язаний із мікроорганізмами зовнішнього середовища, операційної бригади або мікроорганізмами, що знаходяться на шкірі пацієнта);

чисті забруднені – під час оперативного втручання наявне проникнення у колонізовану нормальною мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих обставинах (ризик розвитку ІОХВ незначний та може бути знижений шляхом профілактичних заходів);

забруднені – місце оперативного втручання сильно забруднене при відсутності вираженого запального процесу інфекційного характеру (ризик розвитку ІОХВ середній та лише незначно може бути знижений шляхом профілактичних підходів);

брудні – оперативне втручання проводиться в місці вираженого запального процесу інфекційного характеру (високий ризик розвитку ІОХВ).

5. Класифікація фізичного стану пацієнтів ASA (Американського товариства анестезіологів):

I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь);

II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, вагітність, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі, куріння в анамнезі;

III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій);

IV- пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії, тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність;

V – помираючий пацієнт (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний

крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності;

VI – констатовано смерть мозку.

6. Профілактика ІОХВ включає, але не обмежується ними, наступні заходи: парентеральна АМП-профілактика, непарентеральна АМП-профілактика, забезпечення нормотермії, контроль глікемії, оксигенація, антисептична профілактика.

1) Заходи парентеральної АМП-профілактики:

застосовувати АМП з метою периопераційної профілактики рекомендовано лише у випадках, коли це науково обґрунтовано (доведено клінічними дослідженнями) і розраховано таким чином, що на момент виконання хірургічного розрізу в сироватці крові і тканинах буде встановлено бактеріцидну концентрацію АМП;

необхідно проводити адміністрування відповідних профілактичних АМП до розрізу шкіри при всіх кесаревих розтинах;

при проведенні профілактичної передопераційної АМП-терапії рекомендовано вводити АМП в терапевтичній дозі в незалежності від ваги дорослого пацієнта;

повторне інтраопераційне введення АМП, що був введений із профілактичною метою, не рекомендовано, у разі дотримання абзацу першого цього підпункту;

при чистих та чистих забруднених ранах не рекомендовано повторне введення АМП із профілактичною метою після закриття рани в операційній, навіть при наявності дренажу.

2) Заходи непарентеральної АМП-профілактики:

наносити АМП (наприклад, мазі, розчини, порошки) на хірургічний розтин для профілактики ІОХВ не рекомендовано;

аутологічна плазма із підвищеним вмістом тромбоцитів може використовуватися з метою профілактики ІОХВ;

шовний матеріал покритий триклозаном може використовуватися з метою профілактики ІОХВ;

пов'язки просякненні АМП можуть використовуватися після первинного закриття рани з метою профілактики ІОХВ.

3) Контроль глікемії:

необхідно забезпечити периопераційний рівень глюкози в крові менше 11,0 ммоль/л у пацієнтів з діабетом та без нього;

контролювати рівень глікованого гемоглобіну не обов'язково в периопераційний період.

4) Необхідно забезпечити нормотермію у пацієнта в периопераційний період.

5) Оксигенація:

пацієнтам із нормальною функцією легень, яким проводиться загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією, вентиляцію легень необхідно здійснювати із підвищеною фракцією кисню, як під час операції так і після екстубації в ранній післяопераційний період;

інтраопераційне ведення пацієнтів, яким проводиться нейроаксіальна анестезія, із нормальною функцією легень використання подачі повітря через маску із підвищеною фракцією кисню може застосовуватися з метою зменшення ризику розвитку ІОХВ;

післяопераційне ведення пацієнтів із нормальною функцією легень із використанням подачі повітря через маску або носові канюлі із підвищеною фракцією кисню малоефективне для зменшення ризику розвитку ІОХВ.

б) Заходи антисептичної профілактики:

пацієнт повинен прийняти ванну або душ із використанням мила або іншим антисептичним засобом щонайменше на ніч перед операційним днем;

для прийому душу пацієнтам може бути рекомендовано використання мочалок із хлоргексидину-глюконатом для зменшення ризику розвитку ІОХВ;

інтраопераційну підготовку шкіри необхідно проводити спиртовмісним антисептиком, у разі відсутності протипоказань у пацієнта;

мікробний або композитний герметик може використовуватися для попередження ІОХВ одразу після інтраопераційної підготовки шкіри;

використання адгезивів з або без АМП не є обов'язковим для профілактики ІОХВ;

замочування протезів в антисептичних розчинах перед імплантацією не є обов'язковим для профілактики ІОХВ;

проведення антисептичної обробки шкіри безпосередньо перед закриттям рани не показано для профілактики ІОХВ;

місце запланованого розрізу брити або обстригати слід безпосередньо перед початком оперативного втручання в операційній.

7) Профілактика ІОХВ, які пов'язані із протезуванням суглобів:

утримуватися від переливання крові або її препаратів з метою профілактики ІОХВ заборонено;

системна імуносупресивна терапія:

використання системних кортикостероїдів та інших системних імуносупресивних препаратів з метою зменшення ризику розвитку ІОХВ не показано;

у пацієнтів, які отримують системний кортикостероїд або інші системні імуносупресори, не рекомендовано повторне введення АМП із профілактичною метою після закриття рани в операційній, навіть при наявності дренажу;

внутрішньосуглобова ін'єкція кортикостероїдів не показана з метою зменшення ризику розвитку ІОХВ.

7. Контроль за ІОХВ здійснюється згідно із формами, що наведені в Порядку епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням медичної допомоги та використанням антимікробних препаратів. Критерії ефективності щодо профілактики ІОХВ:

відсоток оперативних втручань, що проведені із використанням контрольного списку по безпеці в операційній, який наведений в додатку 2 до цього порядку;

фоновий відсоток розвитку ІОХВ для різних класів ран повинен становити:

- чисті рани – менше 2%;
- чисті забруднені рани – менше 5%;
- забруднені рани – менше 10%;
- брудні рани – менше 20%;
- протезування суглобів – менше 6%.

IV. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

1. Групи ризику щодо КАІСВШ:

пацієнти ВАРІТ та палат інтенсивної терапії;

пацієнти після оперативних втручань;

люди похилого віку;

пацієнти жіночої статі;

пацієнти з імуносупресивними станами.

2. Фактори ризику:

довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетеру;

недоукомплектованість ВАРІТ середнім медичним персоналом;

нестандартизований догляд за катетером (наприклад, персонал не пройшов підготовку щодо правильного догляду за катетером).

3. Результатом приєднання КАІСВШ) є подовження строків перебування в стаціонарі та збільшення витрат на лікування.

4. Адміністративні вимоги до ЗОЗ щодо профілактики КАІСВШ:

наявність КІК із затвердженим та таким, що реалізується, планом дій;
електронна база даних із врахуванням можливості вирахування коефіцієнту використання катетеру, катетер-днів та розповсюженості КАІСВШ;

затверджена та така, що реалізується, програма навчання і підготовки із перевіркою знань;

бактеріологічна лабораторія.

5. До основних заходів профілактики і моніторингу КАІСВШ входять: належне використання катетеру, адміністративні заходи, заходи щодо постановки сечового катетеру, догляд за сечовим катетером, додаткові заходи профілактики КАІСВШ.

1) Належне використання катетеру:

встановлювати катетер слід лише при наявності показань, що наведені в додатку 3 до цього Порядку;

слід звести до мінімуму постановки сечових катетерів у пацієнтів із високим ризиком розвитку КАІСВШ (групи ризику наведені в пункті 2 розділу IV цього Порядку);

використання сечових катетерів у пацієнтів похилого віку з метою контролю нетримання сечі заборонено;

використовувати сечові катетери у операційних пацієнтів слід лише за показаннями;

у операційних пацієнтів, при встановленні сечового катетера за показаннями, необхідно видалити його одразу після зникнення необхідності в його використанні;

не рекомендовано використовувати рутинну катетеризацію сечового міхура у пацієток в періопераційний період кесаревого розтину;

необхідно розглянути можливість використання альтернатив уретральній катетеризації у деяких груп пацієнтів:

рекомендовано використовувати зовнішні катетери у пацієнтів чоловічої статі без затримки сечі або блоку сечового міхура;

рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію сечового міхура у пацієнтів із пошкодженням спинного мозку (нейрогенна затримка сечі);

рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію у пацієнтів із дисфункцією сечового міхура;

з метою зниження ризику погіршення функції сечовивідних шляхів у дітей з мієломенінгоцеле та нейрогенним сечовим міхуром рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію.

2) Адміністративні заходи:

до постановки і обслуговування сечових катетерів допускаються виключно особи, які пройшли підготовку;

необхідно впровадити документування наступного в історії хвороби:

покази для введення катетеру;

дата і час введення катетеру;

медичний працівник, який провів процедуру;

позначення про заходи по догляду;

щоденне позначення щодо необхідності подальшого використання;

позначення щодо негативних подій (наприклад, ненавмисне видалення, обструкція, пошкодження катетеру із подальшою заміною);

дата і час видалення катетеру;

необхідно використовувати трьохходові (трьохпортові) катетери;

навчання і підготовка персоналу, які встановлюють та здійснюють догляд за катетером із відпрацюванням практичних навичок (наприклад, зазначені в програмі навчання і підготовки персоналу ЗОЗ із наступною перевіркою знань);

моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІСВШ:

необхідно вимірювати частоту розвитку КАІСВШ на 1000 катетер-днів в кожному із відділень;

порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;

щонайменше раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту, керівництву ЗОЗ.

3) Заходи щодо постановки сечового катетеру:

необхідно виконати практику гігієни рук безпосередньо перед та після постановки сечового катетеру або будь-яких маніпуляцій із ним;

під час постановки катетеру необхідно використовувати асептичну техніку і стерильне обладнання:

для постановки сечового катетеру слід підготувати стерильні рукавички, пелюшку, губку, антисептик (використовувати лише після перевірки переносимості) або стерильний фізіологічний розчин для периуретральної очистки та одноразовий пакет із змащувальною речовиною для введення;

використовувати антисептичні змащувальні речовини не рекомендовано;

після введення катетеру його необхідно надійно закріпити аби попередити розтягнення уретри;

рекомендовано використовувати катетери із найменшим можливим діаметром задля запобігання травм шийки сечового міхура і уретри;

якщо використовується періодична катетеризація, її необхідно проводити через однакові проміжки часу з метою попередження надмірного розширення сечового міхура;

рекомендовано використовувати ультразвукову візуалізацію для оцінки кількості сечі в міхурі та уникнення непотрібних періодичних катетеризацій.

Зразок СОП щодо постановки сечового катетеру наведено в додатку 4 до цього Порядку.

4) Догляд за сечовим катетером:

після асептичного введення сечового катетера необхідно підтримувати дренажну систему закритою;

у випадках коли відбулося роз'єднання дренажної системи, необхідно замінити катетер використовуючи асептичну техніку;

рекомендовано використовувати системи сечового катетеру з попередньо герметично з'єднаними трубками;

не рекомендовано планово замінювати катетери;

необхідно слідкувати за тим аби безперервний і безперешкодний відтік сечі не порушувався;

збірний мішок має знаходитися нижче рівня сечового міхура;

збірний мішок заборонено класти на підлогу;

спорожнювати збірний мішок необхідно регулярно (не чекати до повного заповнення), використовуючи чистий контейнер, окремий для кожного пацієнта;

при спорожненні збірного мішка заборонено допускати торкання зливного патрубку із контейнером;

при спорожненні збірного мішка необхідно дотримуватися стандартних методів безпеки – використовувати рукавички і халат при будь-яких маніпуляціях із катетером або системою збору;

складні сечові дренажні системи із використанням механізмів для зменшення проникнення мікроорганізмів (наприклад, із антисептичним картриджем в дренажному порті) не є необхідними в повсякденному використанні;

заміну постійних сечових катетерів та збірних мішків слід здійснювати лише за показаннями (наприклад, КАІСВШ, обструкція або порушення цілісності закритої системи);

системні АМП у пацієнтів із безсимптомною бактеріурією після видалення катетера (наприклад, бактеріурія у пацієнтів після урологічного оперативного втручання) призначати не рекомендовано;

не рекомендовано обробляти периуретральну зону антисептиками після встановлення катетера, звичайного миття з милом (наприклад, під час прийняття щоденної ванни або душу) достатньо;

у випадках відсутності ризику обструкції катетеру промивання (іригація) сечового міхура не рекомендоване;

у разі ризику обструкції катетеру (наприклад, внаслідок кровотечі в післяопераційний період при втручаннях на сечовому міхурі чи простаті) рекомендована планова закрита іригація сечового міхура;

у разі відсутності клінічних показань, для промивання сечового міхура не рекомендовано використовувати АМП;

заповнення збиральних мішків розчинами АМП або антисептиками не рекомендовано;

при видаленні сечового катетеру заборонено перекривати відтік сечі;

при необхідності забору сечі на аналіз (клінічний чи мікробіологічний) забір слід проводити в асептичних умовах, а саме:

перед маніпуляцією провести практику гігієнічної обробки рук із спиртовмісним антисептиком;

обробити порт для забору зразків антисептиком;

аспірувати сечу за допомогою шприца;

повторно обробити порт антисептиком;

при необхідності забору великої кількості сечі для аналізу (окрім посіву на флору та чутливість) зразок слід набирати із збирального мішка із дотриманням правил асептики;

лікуючому лікарю необхідно проводити щоденний огляд всіх пацієнтів із сечовими катетерами з метою визначення необхідності їх подальшого використання.

5) Додаткові заходи профілактики КАІСВШ (використовуються лише у випадках високої частоти розповсюдженості КАІСВШ в ЗОЗ, при умові, що всі вищеперераховані заходи запроваджені і дотримуються):

необхідно використовувати просякненні антимікробними або антисептичними речовинами катетери;

рекомендовано надавати перевагу катетерам, що виготовлені із гідрофільних речовин при періодичній катетеризації;

рекомендовано використовувати силіконові або вкриті силіконом катетери.

6. Критерії ефективності профілактики КАІСВШ:

1) відсоток дотримання правил постановки центрального катетеру;

- 2) відсоток дотримання рекомендації щоденної оцінки необхідності наявності катетеру;
 3) коефіцієнт використання катетеру:

$$\text{КВК} \equiv \frac{\text{Д}}{\text{ЛД}} \times 100, \text{ де}$$

КВК – коефіцієнт використання катетеру, %;

Д – днів використання катетеру;

ЛД – ліжкоднів;

- 4) розповсюдженість КАІСВШ по відділенням:

$$\text{РК} = \frac{\text{КК}}{\text{ККД}} \times 1000, \text{ де}$$

РК – розповсюдженість КАІСВШ у відділенні на 1000 катетер-днів;

КК – кількість зареєстрованих КАІСВШ у відділенні за період часу;

ККД – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася КАІСВШ та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів КАІСВШ;

1000 – 1000 катетер-днів.

V. Профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній

1. Пацієнти, які знаходяться на штучній вентиляції легень (далі – ШВЛ) мають високий ризик розвитку ВАП, що за різними даними коливається в межах 5-20%.

2. Окрім ВАП, пацієнти на ШВЛ схильні до багатьох інших ускладнень – гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), пневмоторакс, тромбоемболія легеневої артерії, лобарний ателектаз і набряк легень.

3. ВАП та інші ускладнення ШВЛ збільшують витрати на лікування та смертність, яка складає близько 10%.

4. Групи ризику:

пацієнти ВАРІТ;

пацієнти з онкологічними захворюваннями.

5. Фактори ризику:

довготривале перебування в стаціонарі до інтубації;

довготривала або більше рекомендованого терміну ШВЛ;
 нейтропенія;
 недоношеність;
 недоукомплектованість ВАРІТ середнім медичним персоналом;
 нестандартизований догляд за ендотрахеальною трубкою (наприклад, персонал не пройшов підготовку щодо правильного догляду).

6. Адміністративні вимоги до ЗОЗ щодо профілактики ВАП:
 наявність КІК із затвердженим та таким, що реалізується, планом дій;
 електронна база даних із врахуванням можливості вирахування відсотку днів ШВЛ, в які визначалася необхідність в подальшій інтубації і розповсюдженість ВАП;

затверджена та така, що реалізується, програма навчання і підготовки із перевіркою знань;

бактеріологічна лабораторія.

7. До основних заходів щодо профілактики ВАП у дорослих належать: за можливості уникати інтубації, мінімізація седації, ранні фізичні навантаження і мобілізація, мінімізація накопичення виділень над манжетою ендотрахеальної трубки, положення хворого в ліжку, спеціальні підходи та додаткові заходи профілактики ВАП.

1) Уникати інтубації, якщо це можливо:

неінвазивну вентиляцію легень із позитивним тиском (далі – НІВПТ) рекомендовано використовувати у пацієнтів із гострою гіперкарбічною або гіпоксичною дихальною недостатністю, які вторинні по відношенню до хронічного обструктивного захворювання легень або кардіогенної застійної серцевої недостатності;

не рекомендовано використовувати НІВПТ у пацієнтів із порушенням свідомості, гострим пошкодженням легень, ГРДС, тяжких гіпоксемії та ацидемії і при подовженні термінів НІВПТ для пацієнтів, у яких ядуха або газообмін не здатні швидко реагувати на НІВПТ (застосування НІВПТ в таких випадках лише відстрочує необхідну інтубацію).

2) Мінімізувати седацію:

за можливості, інтубованих пацієнтів слід вести без застосування седативних препаратів;

не рекомендовано використовувати протоколи і схеми ведення пацієнтів, які знаходяться на ШВЛ, із включенням бензодіазепінів;

у інтубованих пацієнтів рекомендовано застосовувати:

анальгетики при вираженому больовому синдромі;

заспокійливі та антипсихотичні засоби при збудженні;

дексмедетомідин і пропофол для керованої седації;
необхідно застосовувати щоденне спонтанне пробудження у пацієнтів, які не мають протипоказів, що дозволяє оцінити необхідність подальшої планової седації;

необхідно щоденно визначати готовність до екстубації (дослідження спонтанного дихання) у пацієнтів, які не мають протипоказів;

рекомендовано поєднувати спонтанне пробудження із визначенням готовності до екстубації у пацієнтів, які не мають протипоказів (пацієнти в свідомості з більшою вірогідністю пройдуть випробування спонтанного дихання, аніж седовані).

3) Ранні фізичні навантаження і мобілізація – розпочаті в найкоротші терміни фізичні навантаження і мобілізація при ШВЛ сприяють ранній екстубації, зменшують тривалість перебування у ВАРІТ та пришвидшують повернення пацієнта в звичний ритм життя.

4) Мінімізувати накопичення виділень над манжетою ендотрахеальної трубки:

з метою інтубації пацієнтів, яким ШВЛ може знадобитися більше 48 годин, рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки із дренажним портом для відсмоктування секрету, що накопичується в субглотковій ділянці;

екстубація з метою подальшої інтубації для розміщення трубки із дренажним портом не рекомендована.

5) Головний кінець ліжка має бути піднятий під кутом 30-45° у пацієнтів, які знаходяться на ШВЛ.

6) Дихальний/вентиляційний контур необхідно замінювати лише у випадках забруднення або при несправності (планова заміна не впливає на ризик розвитку ВАП).

7) Спеціальні підходи:

необхідно проводити щоденну гігієнічну обробку ротоглотки (механічна чистка зубів, обробка рота антисептиками, в тому числі хлоргексидином, санація ротової порожнини);

використання місцевих АМП для недопущення колонізації ротоглотки не рекомендовано через ризик розвитку захворювань, що викликані *Clostridium difficile*;

використовувати пробіотики для зниження ризику ВАП не рекомендовано;

використовувати пробіотики у інтубованих пацієнтів із захворюваннями імунної системи або інфекційними захворюваннями шлунково-кишкового тракту заборонено;

рекомендовано використовувати ультратонкі поліуретанові ендотрахеальні манжети;

рекомендовано вводити в трахею невелику кількість фізіологічного розчину перед санацією.

8) Додаткові заходи профілактики ВАП (використовуються лише у випадках високої частоти розповсюдженості ВАП у ЗОЗ, при умові, що всі вищеперераховані заходи запроваджені і дотримуються):

ендотрахеальні трубки із покриттям сріблом;
кінетичне ліжко.

9) Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП:

профілактика виразки шлунку:

профілактика виразки шлунку не має жодного впливу на розвиток ВАП; у пацієнтів, які отримують ентеральне харчування, профілактика виразки шлунку може збільшити ризик розвитку ВАП;

профілактика виразки шлунку може бути призначена з причин, відмінних від профілактики розвитку ВАП;

рання трахеостомія;

раннє парентеральне харчування – початок парентерального харчування в перші 48 годин після поступлення у ВАРІТ пов'язано із високим ризиком розвитку ПНМД, в тому числі ВАП;

закриті системи санації трахеї і бронхів у інтубованих пацієнтів.

8. До основних заходів щодо профілактики ВАП у новонароджених належать: за можливості уникнення інтубації, мінімізація механічної вентиляції, догляд за ротовою порожниною та спеціальні підходи.

1) Уникати інтубації, якщо це можливо (слід розглядати безперервну назальну НІВПТ, як альтернативу інтубації).

2) Необхідно мінімізувати тривалість механічної вентиляції:

за можливості, інтубованих пацієнтів слід вести без застосування седативних препаратів;

необхідно щоденно оцінювати необхідність подальшої ШВЛ;

слід уникати незапланованих екстубацій із наступною інтубацією.

3) Рекомендовано регулярно доглядати за ротовою порожниною із використанням стерильного фізіологічного розчину.

4) Дихальний/вентиляційний контур необхідно замінити лише у випадку забруднення або при несправності.

5) Спеціальні підходи для недоношених новонароджених, що рекомендовані для використання, але не мають достатньої доказової бази:

розміщувати дитину у ліжку на боку;

розміщувати дитину на ліжку під кутом 45°;

використання закритих систем для санації трахеї і бронхів.

6) Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП у новонароджених:

використовувати для санації ротової порожнини антисептики;

антагоністи H₂-гістамінових рецепторів – підвищують ризик розвитку ПНМД, в тому числі ВАП;

антибіотики широкого спектру дії з профілактичною метою – підвищують ризик розвитку некротичного ентероколіту, збільшують терміни перебування у ВАРІТ та смертність.

7) Заходи, що заборонені у недоношених новонароджених:

переривати седацію з метою оцінки необхідності подальшої седації;

використовувати пробіотики і синбіотики.

9. До основних заходів щодо профілактики ВАП у дітей відносять: за можливості уникайте інтубації, мінімізація тривалості механічної вентиляції, гігієна ротової порожнини, розміщення в ліжку та догляд за апаратом ШВЛ.

1) Уникати інтубації, якщо це можливо:

НІВПТ рекомендовано використовувати у пацієнтів із гострою гіперкарбічною або гіпоксичною дихальною недостатністю, які вторинні по відношенню до хронічного обструктивного захворювання легень або кардіогенної застійної серцевої недостатності;

не рекомендовано використовувати НІВПТ у пацієнтів із порушенням свідомості, гострим пошкодженням легень, ГРДС, тяжких гіпоксемії та ацидемії і при подовженні термінів НІВПТ для пацієнтів, у яких ядуха або газообмін не здатні швидко реагувати на НІВПТ (застосування НІВПТ в таких випадках лише відстрочує необхідну інтубацію);

рекомендовано використовувати седацію під час проведення НІВПТ.

2) Мінімізувати тривалість механічної вентиляції:

необхідно щоденно оцінювати готовність до екстубації у пацієнтів, які не мають протипоказів;

слід уникати незапланованих екстубацій із наступними інтубаціями.

3) Слід забезпечити регулярний догляд за порожниною рота:

рекомендовано починати гігієну ротової порожнини через 2-3 дні після народження – після кожного годування протирати ясна марлевою серветкою з метою видалення нальоту та залишків їжі;

при прорізуванні зубів, необхідно їх чистити двічі на день зубною щіткою і водою;

фторвмісні зубні пасти рекомендовані після досягнення дитиною дворічного віку;

після проведення гігієнічних процедур порожнини рота, необхідно її прополоскати та санувати;

для підтримки слизової оболонки рота і губ в чистоті та зволуженими, рекомендовано використовувати губки змочені в безалкогольні і непероксидні ополіскувачі для порожнини рота.

4) Необхідно тримати піднятим головний кінець ліжка у інтубованих дітей.

5) Замінювати дихальні контури слід лише при видимому забрудненні або несправності.

6) Рекомендовано регулярно видаляти конденсат із дихального контуру, уникаючи його потрапляння на пацієнта.

7) Перед зміною позиції тіла на ліжку, слід проводити санацію ротової порожнини.

8) Необхідно використовувати ендотрахеальні трубки з манжетами. Слід підтримувати тиск в манжеті таким, аби забезпечити мінімальну оклюзію (попередити витік повітря навколо ендотрахеальної трубки) – зазвичай, тиск в манжеті повинен становити 200 мм водного стовпчика.

9) Не рекомендовано призначати пробіотики з профілактичною метою.

10) У дітей старше 10 років для довготривалої інтубації рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки із дренажним портом для відсмоктування секрету, що накопичується в субглотковій ділянці.

11) Не рекомендовано застосовувати для профілактики ВАП у дітей: системну антибіотикотерапію при ШВЛ-асоційованому трахеобронхіті; місцеві АМП для недопущення колонізації ротоглотки через ризик розвитку захворювань, що викликані *Clostridium difficile*;

хлоргексидинвмісні засоби для догляду за ротовою порожниною;

лікарські засоби для профілактики стресової виразки шлунку;

ранню трахеостомію;

ендотрахеальні трубки покриті сріблом;

закриті системи санації трахеї і бронхів.

10. Критерії ефективності профілактики ВАП:

відсоток днів ШВЛ, в які визначалася необхідність у подальшій інтубації та ШВЛ – відношення кількості днів інтубації до кількості днів у які пацієнти проходили випробування можливості спонтанної вентиляції, що виражено у відсотках:

критерії включення: всі пацієнти на ШВЛ;

критерії виключення: пацієнти із насиченням киснем крові менше за 88%, F_{iO_2} більше 50%, відсутність у пацієнта спонтанного дихального зусилля протягом п'яти або більше хвилин, збудження, активна фаза інфаркту міокарду, потреба у вазопресорах, підвищений внутрішньочерепний тиск, критичний стан або стани, що з найбільшою вірогідністю призведуть до смерті.

20) Розповсюдженість ВАП:

$$PB = \frac{KB}{ID} \times 1000, \text{ де}$$

PB – розповсюдженість ВАП на 1000 днів інтубації;

KB – кількість зареєстрованих ВАП за період часу;

ID – загальна кількість днів інтубації за період часу – сума днів наявності встановленої інтубаційної трубки у пацієнтів, в яких не розвинулася ВАП та днів наявності встановленої інтубаційної трубки у пацієнтів до початку клінічних проявів ВАП;

1000 – 1000 днів інтубації.

VI. Профілактика захворювань, спричинених *Clostridium difficile*

1. До факторів ризику виникнення захворювань, спричинених *Clostridium difficile* відносять:

1) антибіотикотерапія:

захворювання, що викликані *Clostridium difficile* (далі – КДІ) спровоковані використанням антибіотиків (найбільший ризик при застосуванні фторхінолонів, цефалоспоринів третього та четвертого поколінь і кліндаміцину);

регулярне використання антибіотиків у тваринництві може призводити до спалахів КДІ на певній території;

2) ІПНМД:

пацієнти найчастіше заражаються в будинках для людей похилого віку та лікарнях (захворювання розвивається внаслідок пероральної передачі збудника після контакту із контамінованими спорами предметами і поверхнями, при чому медичні працівники можуть бути розносниками клостридій у разі недотримання правил гігієни рук);

довготривала госпіталізація або перебування в будинку для людей похилого віку – незалежні фактори ризику розвитку КДІ;

постійне вживання лікарських засобів для зниження продукції шлункової кислоти (наприклад, антагоністи H₂-рецепторів та інгібітори протонної помпи); елементна дієта.

2. Заходи профілактики та ізоляція пацієнтів:

необхідно затвердити алгоритм дій медичного персоналу при виявленні підозри, ймовірного або підтвердженого випадку КДІ;

пацієнтів із КДІ необхідно ізолювати у одностільну кімнату із туалетом;

контактних заходів застереження слід дотримуватися протягом всього часу перебування пацієнта в закладі;

необхідно дотримуватися рекомендованих практик гігієни рук;

слід використовувати індивідуальні прилади для даної групи пацієнтів (наприклад, термометри, тонометри, стетоскопи тощо);

пацієнт має щоденно приймати душ або ванну із милом.

3. Підтвердження КДІ:

персоналом клінічного підрозділу проводиться оцінка необхідності тестування – слід провести диференційну діагностику із іншими захворюваннями, що можуть супроводжуватися діареєю;

перед дослідженням калу на *Clostridium difficile* не менше ніж за 48 годин необхідно відмінити послаблюючі лікарські засоби та впевнитися, що симптоми зберігаються;

повторне дослідження калу на *Clostridium difficile* не рекомендовано проводити з метою оцінки ефективності лікування (результати можуть бути позитивними близько шести тижнів);

персонал лабораторії повинен проводити періодичні планові (щонайменше раз на півроку) перевірки несформованого калу, що доставлений в лабораторію, на *Clostridium difficile* та її токсини;

в разі підтвердження КДІ, персонал лабораторії повинен негайно сповістити лікуючого лікаря.

4. Заходи щодо дезінфекції:

слід розробити та затвердити протоколи щоденного і генерального прибирання у палаті/кімнаті, де перебуває пацієнт із КДІ (із обов'язковим включенням контрольного списку);

щоденне прибирання та обробку в палаті/кімнаті необхідно проводити із використанням дезінфекційних засобів із спороцидним ефектом;

слід проводити щоденну обробку дезінфікуючим засобом всіх поверхонь, що мають безпосередній контакт із пацієнтом та в області одного метра навколо нього, в тому числі туалетної/ванної кімнати, всіх поверхонь, що мають високий ризик доторкування (наприклад, ручки дверей);

в разі необхідності використання медичного обладнання для іншого пацієнта, необхідно провести обробку дезінфікуючим засобом;

при відвідуванні пацієнтом підрозділів лікарні (наприклад, кабінет УЗД або відділення радіології) слід провести обробку дезінфекційним засобом об'єктів середовища до яких він торкався;

необхідно проводити обробку дезінфекційним засобом рухомих об'єктів у лікарні (наприклад, маніпуляційний столик) після перебування їх у палаті/кімнаті, де знаходиться пацієнт із КДІ;

як додатковий захід із профілактики розповсюдження КДІ рекомендовано використовувати УФ-опромінення.

5. В рамках Програми по адмініструванню АМП необхідно проводити оцінку доцільності призначення антибіотиків, особливо із групи фторхінолонів, цефалоспоринових третього і четвертого поколінь і кліндаміцину.

6. Під час спалаху КДІ, персоналу, який проводить догляд за пацієнтами із КДІ, заборонено приймати участь у догляді за пацієнтами без КДІ.

VII. Профілактика інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги серед медичних працівників

1. Відповідальність за наявність умов та здійснення заходів щодо охорони здоров'я медичного персоналу несе керівник ЗОЗ.

2. При прийомі на роботу медичний персонал інформується про фактори ризику при виконанні своїх професійних обов'язків, дотримання правил попередження професійних захворювань. У подальшому не менше одного разу на півроку весь медичний персонал повинен проходити інструктаж з питань профілактики ІПНМД у медперсоналу та безпеки праці, один раз на місяць – навчання за розробленою у стаціонарі програмою.

3. В ЗОЗ розробляється програма охорони здоров'я медичного персоналу, яка має визначити критерії щодо профілактики професійного зараження, методи виявлення та реєстрації випадків професійних захворювань, підходи щодо їх запобігання, критерії відсторонення від роботи або обмеження професійної діяльності.

4. Скринінг медичного персоналу (лікарів, медичних сестер та молодшого медичного персоналу) проводиться за порядком наведеним в додатку 5 до цього Порядку.

5. У відділеннях хірургічного і акушерського профілю у разі підвищення рівня захворюваності, етіологічним чинником якої є *S. aureus*, або при виникненні спалаху, викликаного *S. aureus*, медичний персонал обстежується на носійство стафілококу. У разі виділення штаму стафілококу, який ідентичний за біологічними властивостями, в тому числі профілями АМР, зі збудником

інфекції, медичний працівник повинен бути пролікований (препаратами на основі мупіроцину за повною схемою). У разі виділення з носоглотки, при проведенні планового обстеження, безсимптомного носія штаму *S. aureus*, який має стійкість до метициліну, працівник повинен бути пролікований АМП на основі мупіроцину (місцеве застосування за скороченою схемою).

6. У разі виділення з носоглотки медичного персоналу безсимптомного бактеріоносія штаму MRSA працівник:

повинен бути адекватно пролікований АМП з урахуванням чутливості;

до закінчення повної санації та отримання від'ємних результатів бактеріологічних досліджень не допускається до участі у проведенні оперативних втручань і пологів;

у межах ЗОЗ обов'язково надягає захисну маску;

тимчасово усувається від роботи, пов'язаної з контактом з пацієнтами, доти, доки три контрольні мазки (проби) з місць колонізації протягом трьох діб після початку санації не будуть негативними. Надалі контрольні мазки беруть через десять днів, через один місяць і через три місяці.

7. Весь медичний персонал, за відсутності протипоказів, має бути щеплений проти вірусного гепатиту В; у разі відсутності щеплення при прийомі на роботу, працівник може бути допущений до виконання обов'язків з обов'язковим проходженням вакцинації протягом перших шести місяців роботи.

8. Персонал ЗОЗ – група ризику щодо інфікування збудниками, які передаються через кров. З метою запобігання професійним зараженням різними патогенами (віруси гепатитів В, С, D; ВІЛ тощо) під час виконання професійних обов'язків, які пов'язані з контактами із кров'ю або іншими біосубстратами організму пацієнта, персонал дотримується універсальних заходів безпеки. Кожного пацієнта, незалежно від діагнозу, слід розглядати як потенційне джерело збудників інфекцій, в тому числі, що передаються через кров.

9. Профілактика професійних заражень передбачає використання універсальних заходів безпеки при проведенні інвазивних процедур, імунізацію та постконтактну профілактику.

10. Універсальні заходи безпеки передбачають:

використання індивідуальних засобів захисту (халати, шапочки, гумові рукавички, маски, окуляри, або захисні екрани, взуття, що піддається дезінфекції) під час проведення усіх медичних маніпуляцій, які пов'язані з контактом з кров'ю або іншими біологічними рідинами пацієнтів;

дотримання правил безпеки при роботі, зборі, дезінфекції, предстерилізаційній очистці або виносі з відділення гострого та ріжучого медичного інструментарію;

дотримання правил і техніки миття та антисептики рук;

персонал щоденно перед початком роботи одягає робочий чистий одяг (костюм, взуття, що піддається дезінфекції).

11. Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, потрапляння на них біосубстратів пацієнтів кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить небезпечний інфекційний агент. При потраплянні на рану або ушкоджену шкіру крові або інших біосубстратів її промивають водою з милом. Якщо укол голкою або поріз супроводжується кровотечею, її не зупиняють протягом декількох секунд, після чого рану промивають водою з милом, висушують паперовим рушником. Обов'язково проводиться забір крові на визначення титру антитіл до вірусного гепатиту В (показник менше 10 МО/л свідчить про необхідність введення бустерної дози вакцини). Якщо імунізація медичного працівника проти гепатиту В раніше не проводилась, необхідно терміново (не пізніше 24 годин) ввести першу дозу вакцини та специфічний імуноглобулін (ін'єкції проводяться в різні ділянки тіла). Друга та третя дози вакцини вводяться через 1 та 6 місяців після першої. При відсутності специфічного імуноглобуліну рекомендується проводити щеплення за схемою 0-1-2 місяці, через 12 місяців вводять бустерну дозу вакцини.

12. У випадку професійної аварії, яка мала місце під час роботи з ВІЛ-інфікованим або біоматеріалом від ВІЛ-інфікованого, проводиться екстрена післяконтактна профілактика відповідно до Порядку проведення екстреної постконтактної профілактики у працівників при виконанні професійних обов'язків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2013 року № 955, зареєстрованим Міністерством юстиції України 20 листопада 2013 року за № 1980/24512.

13. Щодо кожного нещасного випадку або аварії необхідно проводити розслідування та облік відповідно до Порядку проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 року за № 1232.

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я**

А. Скіпальський