

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
03 серпня 2021 року № 1614

ПОРЯДОК
профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров'я, які надають
медичну допомогу в стаціонарних умовах

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає організацію профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) в закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах (далі – ЗОЗ), незалежно від форми власності та незалежно від їх відомчого підпорядкування.
2. Виконання цього Порядку у ЗОЗ забезпечує його керівник, у клінічних структурних підрозділах – відділ з інфекційного контролю (далі – ВІК) та керівники структурних підрозділів.

3. 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;

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 катетера для введення лікарських засобів, забору проб крові або інших медичних процедур;

катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів (далі – КАІСВШ) – група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті використання сечового катетера;

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;

фоновий рівень ІПНМД – мінімальний рівень захворюваності на ІПНМД, який притаманний окремому ЗОЗ. Фоновий рівень ІПНМД встановлюється на підставі рутинного епідеміологічного нагляду за ІПНМД протягом не менше 12 місяців та епідеміологічного аналізу;

АМП – антимікробний препарат;

ГРДС – гострий респіраторний дистрес-синдром;

НІВПТ – неінвазивна вентиляція легень із позитивним тиском;

ПІК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

СОП – стандартна операційна процедура;

ШВЛ – штучна вентиляція легень.

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

4. Загальними адміністративними заходами, які забезпечуються ЗОЗ для профілактики ІПНМД є:

1) створення ВІК, відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614;

2) затвердження плану дій з ППК;

3) наявний електронний інструмент (програмне забезпечення), який дозволяє визначати кількість днів використання катетеру (катетер-днів) для КАІК, КАІСВШ, відсоток днів ШВЛ, в які визначалася необхідність в подальшій інтубації, та розповсюдженість ІПНМД в ЗОЗ;

4) затвердження СОП з постановки та догляду за внутрішньосудинними катетерами, сечовими катетерами, інтубаційними та трахеостомічними трубками, профілактики ІОХВ;

5) проведення навчання, підготовки і перевірки знань щодо виконання СОП з постановки та догляду за внутрішньосудинними катетерами, сечовими катетерами, інтубаційними та трахеостомічними трубками, профілактики ІОХВ;

6) наявність у ЗОЗ мікробіологічної лабораторії або договору із мікробіологічною лабораторією, або іншим ЗОЗ, у якого є мікробіологічна лабораторія;

7) затвердження щорічного звіту ВІК з ППК.

5. Результатом приєднання КАІК, ВАП, ІОХВ, КАІСВШ є подовження строків перебування пацієнта в стаціонарі та збільшення витрат на його лікування.

6. Контроль за КАІК, ВАП, ІОХВ, КАІСВШ здійснюється шляхом проведення рутинного епідеміологічного нагляду відповідно до Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614.

II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку

1. Групи ризику щодо КАІК:

1) 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;

2) пацієнти, які знаходяться на постійному гемодіалізі;

3) пацієнти з онкологічними захворюваннями;

4) пацієнти після оперативних втручань.

2. Фактори ризику щодо КАІК:

1) довготривале перебування в стаціонарі до катетеризації;

2) довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетера;

3) високий ступінь мікробної колонізації в місці введення катетера (наприклад, пахова ділянка);

4) катетеризація внутрішньої яремної вени;

5) катетеризація стегнової вени у дорослих;

6) нейтропенія;

7) недоношеність;

8) недоукомплектованість ВАРІТ сестрами медичними;

9) повне парентеральне харчування;

10) нестандартизований догляд за катетером (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду за катетером);

11) переливання препаратів крові у дітей.

3. До основних заходів щодо профілактики і моніторингу КАІК входять: загальні адміністративні заходи ЗОЗ, що наведені у пункті 5 розділу I цього Порядку, та спеціальні адміністративні заходи, які наведені у пункті 4 цього розділу, моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК, заходи перед постановкою катетера, заходи після встановлення катетера, додаткові заходи профілактики КАІК.

4. Спеціальні адміністративні заходи профілактики КАІК:

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

2) забезпечити ВАРІТ сестрами медичними, які працюють на повний робочий день (ВАРІТ – основне місце роботи);

3) вносити в щоденник форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форми первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № ____», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форми первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ____», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (далі – медична карта стаціонарного хворого) наступні дані:

покази для введення катетера;

дата і час введення катетера;

медичний працівник, який провів процедуру;

дата і час видалення катетера.

5. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК:

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

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

3) мінімум раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ПШК, керівництву ЗОЗ.

6. Заходи перед постановкою катетера:

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

2) гігієнічна обробка рук перед одяганням рукавичок відповідно до додатку 1 до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 (далі – Інструкція).

7. Заходи під час постановки катетера:

1) використання СОП із контрольним списком послідовності дій для постановки катетера, примірну СОП «Контрольний список послідовності дій для постановки центрального судинного катетера» наведено у додатку 1 до цього Порядку;

2) виконання процедури виключно у асептичних умовах;

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

4) для забезпечення асептики під час постановки/заміни по провіднику центрального судинного катетера медичні працівники, які приймають участь у постановці катетера, мають бути одягнені у стерильні одноразові халат і шапочку/хустинку захисні від інфекційних агентів, медичну (хірургічну) маску, захисні окуляри/щиток і медичні рукавички;

5) під час процедури встановлення центрального судинного катетеру пацієнт накривається стерильною серветкою, яка покриває все тіло;

6) використовувати хлоргексидиновий антисептик для підготовки шкіри перед процедурою (слід нанести на шкіру спиртовмісний антисептик із 2% хлоргексидином або 70% спиртом у дитини до двох місяців, який має висохнути до початку процедури);

7) не рекомендовано катетеризувати стегнову вену у дорослих пацієнтів із ожирінням;

8) не рекомендовано катетеризувати яремну вену у пацієнтів із встановленою трахеостомою;

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

10) катетеризацію внутрішньої яремної вени слід проводити в супроводі ультразвукової візуалізації.

8. Заходи після встановлення катетера:

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

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 мінімум п'яти секунд, із застосуванням 70% спирту або 2% розчину хлоргексидину або повідон-йоду;

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

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

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

4) 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;

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

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

7) 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).

9. Додаткові заходи з профілактики КАІК (використовуються лише у випадках високого рівня розповсюдженості КАІК в ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 6-8 цього розділу запроваджені і дотримуються):

1) 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);

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

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 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*;

периопераційне переливання крові;

5) використання медичних виробів обмеженого використання, що пройшли очищення, дезінфекцію і стерилізацію (репроцесинг), а не одноразових;

б) багаторазове використання одноразових медичних виробів.

2. Класифікація ран у відповідності до ризику розвитку ІОХВ:

1) 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);

2) 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);

3) 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);

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

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

4. Заходи парентеральної периопераційної антибіотикопрфілактики проводяться відповідно до медико-технологічних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

5. Заходи непарентеральної АМП-профілактики:

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

2) шовний матеріал покритий триклозаном може використовуватися з метою профілактики ІОХВ;

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

6. Контроль глікемії:

1) забезпечити периопераційний рівень глюкози в крові менше 9,9 ммоль/л у пацієнтів з діабетом та без нього;

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

7. В периопераційний період у пацієнта необхідно забезпечити нормотермію.

8. Оксигентерапія:

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

2) 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;

3) 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.

9. Заходи антисептичної профілактики:

1) пацієнт повинен прийняти ванну або душ із використанням мила або з іншим антисептичним засобом мінімум на ніч перед операційним днем;

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

3) інтраопераційну підготовку шкіри необхідно проводити спиртовмісним розчином, у разі відсутності протипоказань у пацієнта;

4) використання адгезивів з/без АМП не є обов'язковим для профілактики ІОХВ;

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

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

7) уникати видалення волосся у місці запланованого розрізу, а в разі необхідності, обстригати тримером безпосередньо перед початком оперативного втручання в передопераційній.

10. Профілактика ІОХВ, які пов'язані із протезуванням суглобів:

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

2) системна імуносупресивна терапія:

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

у пацієнтів, які отримують системні кортикостероїди 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.

11. Фоновий відсоток розвитку ІОХВ для різних класів ран повинен становити:

1) чисті рани – менше 2%;

2) чисті забруднені рани – менше 5%;

3) забруднені рани – менше 10%;

4) брудні рани – менше 20%;

5) протезування суглобів – менше 6%.

Перевищення фонового відсотку розвитку ІОХВ свідчить про наявність спалаху ІПНМД в ЗОЗ та необхідність проведення його розслідування і ліквідації відповідно до розділу VIII цього Порядку.

IV. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

1. Групи ризику щодо КАІСВШ:

- 1) пацієнти ВАРІТ та палат інтенсивної терапії;
- 2) пацієнти після оперативних втручань;
- 3) люди похилого віку;
- 4) пацієнти жіночої статі;
- 5) пацієнти з імуносупресивними станами.

2. Фактори ризику щодо КАІСВШ:

- 1) довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетера;
- 2) недоукомплектованість ВАРІТ сестрами медичними;
- 3) нестандартизований догляд за катетером (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду за катетером).

3. До основних заходів профілактики і моніторингу КАІСВШ входять: належне використання катетеру, загальні адміністративні заходи ЗОЗ наведені у пункті 5 розділу I цього Порядку та спеціальні адміністративні заходи, наведені у пункті 5 цього розділу, заходи щодо постановки сечового катетеру, догляд за сечовим катетером, додаткові заходи профілактики КАІСВШ.

4. Належне використання катетеру:

1) встановлювати катетер лише при наявності показань, що наведені в додатку 2 до цього Порядку;

2) звести до мінімуму постановки сечових катетерів у пацієнтів із високим ризиком розвитку КАІСВШ (групи ризику наведені в пункті 1 цього розділу);

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

4) використовувати сечові катетери у операційних пацієнтів лише за показаннями;

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

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

7) 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.

5. Спеціальні адміністративні заходи для профілактики КАІСВШ:

1) до постановки і обслуговування сечових катетерів допускаються виключно медичні працівники, які пройшли навчання і підготовку;

2) вносити в щоденник медичної карти стаціонарного хворого наступні дані:

покази для введення катетера;

дата і час введення катетера;

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 катетера;

3) використовувати трьохходові (трьохпортові) катетери;

4) проводити моніторинг, оцінку і надавати зворотній зв'язок щодо КАІСВШ:

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;

мінімум раз на рік, під час проведення навчання і підготовки з ППК, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ППК, керівництву ЗОЗ.

6. Заходи щодо постановки сечового катетеру:

1) виконати практику гігієни рук безпосередньо перед та після постановки сечового катетера або будь-яких маніпуляцій із ним відповідно до додатку 1 до Інструкції;

2) під час постановки катетера використовувати асептичну техніку і стерильне обладнання:

для постановки сечового катетеру підготувати стерильні медичні рукавички, пелюшку, одноразову 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;

3) після введення катетера надійно його закріпити аби попередити розтягнення уретри;

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

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

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

Примірну СОП щодо постановки сечового катетеру наведено в додатку 3 до цього Порядку.

7. Догляд за сечовим катетером:

1) після асептичного введення сечового катетера підтримувати дренажну систему закритою;

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

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

4) не рекомендовано планово замінювати катетер;

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

- 6) збірний мішок має знаходитися нижче рівня сечового міхура;
- 7) збірний мішок заборонено класти на підлогу;
- 8) спорожнювати збірний мішок регулярно (не чекати до повного заповнення), використовуючи чистий контейнер, окремий для кожного пацієнта;
- 9) при спорожненні збірного мішка заборонено допускати торкання зливного патрубку із контейнером;
- 10) при спорожненні збірного мішка дотримуватися стандартних заходів захисту – використовувати медичні рукавички і халат/фартух захисний від інфекційних агентів при будь-яких маніпуляціях із катетером або системою збору;
- 11) складні сечові дренажні системи із використанням механізмів для зменшення проникнення мікроорганізмів (наприклад, із антисептичним картриджем в дренажному порті) не є необхідними в повсякденному використанні;
- 12) заміну постійних сечових катетерів та збірних мішків здійснювати лише за показаннями (наприклад, КАІСВІІІ, обструкція або порушення цілісності закритої системи);
- 13) системні АМП у пацієнтів із безсимптомною бактеріурією після видалення катетера (наприклад, бактеріурія у пацієнтів після урологічного оперативного втручання) призначати не рекомендовано;
- 14) не рекомендовано обробляти периуретральну зону антисептиками після встановлення катетера, звичайного миття з милом (наприклад, під час прийняття щоденної ванни або душу) достатньо;
- 15) у випадках відсутності ризику обструкції катетера промивання (іригація) сечового міхура не рекомендоване;
- 16) у разі ризику обструкції катетера (наприклад, внаслідок кровотечі в післяопераційний період при утручаннях на сечовому міхурі чи простаті) рекомендована планова закрыта іригація сечового міхура;
- 17) у разі відсутності клінічних показань, для промивання сечового міхура не рекомендовано використовувати АМП;

18) заповнення збиральних мішків розчинами АМП або антисептиками не рекомендовано;

19) при видаленні сечового катетера заборонено перекривати відтік сечі;

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

перед маніпуляцією провести практику гігієнічної обробки рук;

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 набирати із збирального мішка із дотриманням правил асептики;

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

8. Додаткові заходи профілактики КАІСВШ (використовуються лише у випадках високого рівня розповсюдженості КАІСВШ в ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 4, 6, 7 цього розділу запроваджені і дотримуються):

1) використовувати просякненні антимікробними або антисептичними речовинами катетери;

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

3) рекомендовано використовувати силіконові або вкриті силіконом катетери.

V. Профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній

1. Пацієнти, які знаходяться на 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 – ГРДС, пневмоторакс, тромбоемболія легеневої артерії, лобарний ателектаз і набряк легень.

3. ВАП та інші ускладнення ШВЛ збільшують витрати на лікування та відсоток летальності.

4. Групи ризику щодо ВАП:

1) пацієнти ВАРІТ;

2) пацієнти з онкологічними захворюваннями.

5. Фактори ризику щодо ВАП:

1) довготривале перебування в стаціонарі до інтубації;

2) довготривала або більше рекомендованого терміну ШВЛ;

3) нейтропенія;

4) недоношеність;

5) недоукомплектованість ВАРІТ середніми медичними працівниками;

6) нестандартизований догляд за ендотрахеальною трубкою (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду).

6. 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.

7. Уникати інтубації, якщо це можливо:

1) НІВПТ рекомендовано використовувати у пацієнтів із гострою гіперкапнічною (гіперкабнічною) або гіпоксичною дихальною недостатністю, які

вторинні по відношенню до хронічного обструктивного захворювання легень або кардіогенної застійної серцевої недостатності;

2) 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).

8. Мінімізувати седацію:

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

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

3) у інтубованих пацієнтів рекомендовано застосовувати:

анальгетики при вираженому больовому синдромі;

заспокійливі та антипсихотичні засоби при збудженні;

керовану седацію з щоденною оцінкою рівню болю та глибини седації;

4) застосовувати щоденне спонтанне пробудження у пацієнтів, які не мають протипоказів, що дозволяє оцінити необхідність подальшої планової седації;

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

6) 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).

9. 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.

10. Мінімізувати накопичення виділень над манжетою ендотрахеальної трубки:

1) 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 (надманжетковій) ділянці;

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

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

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

13. Спеціальні підходи:

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

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

3) не рекомендовано використовувати пробіотики для зниження ризику ВАП;

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

5) рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки з ультратонкими поліуретановими манжетами (низького тиску, високого об'єму);

б) рекомендовано вводити в трахею невелику кількість фізіологічного розчину перед санацією.

14. Додаткові заходи профілактики ВАП (використовуються лише у випадках високої частоти розповсюдженості ВАП у ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 7-13 цього розділу запроваджені і дотримуються):

- 1) ендотрахеальні трубки із покриттям сріблом;
- 2) кінетичне ліжко.

15. Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП:

- 1) профілактика виразки шлунку:

профілактика виразки шлунку не знижує ризик розвитку ВАП, оскільки, зменшує кислотність (збільшує рівень рН) шлункового вмісту;

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;

- 2) рання трахеостомія;

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

- 4) закриті системи санації трахеї і бронхів у інтубованих пацієнтів.

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

17. Слід уникати інтубації новонароджених, якщо це можливо, шляхом, наприклад використання безперервної назальної НІВПТ, як альтернативу інтубації.

18. Мінімізувати тривалість механічної вентиляції у новонароджених:

- 1) за можливості, інтубованих новонароджених вести без застосування седативних препаратів;

- 2) щоденно оцінювати необхідність подальшої ШВЛ;
- 3) уникати незапланованих екстубацій із наступною інтубацією.

19. Рекомендовано регулярно доглядати за ротовою порожниною інтубованих новонароджених із використанням стерильного фізіологічного розчину.

20. У інтубованих новонароджених дихальний/вентиляційний контур слід замінити лише у випадку забруднення або при несправності.

21. Рекомендовані спеціальні підходи для недоношених новонароджених:

- 1) розміщувати дитину у ліжку на боці;
- 2) розміщувати дитину на ліжку під кутом 45°;
- 3) використання закритих систем для санації трахеї і бронхів.

22. Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП у новонароджених:

- 1) використовувати для санації ротової порожнини антисептики;
- 2) антагоністи H₂-гістамінових рецепторів – підвищують ризик розвитку ПНМД, в тому числі ВАП;
- 3) антибіотики широкого спектру дії з профілактичною метою – підвищують ризик розвитку некротичного ентероколіту, збільшують терміни перебування у ВАРІТ та летальність/смертність.

23. Заходи, що заборонені у недоношених новонароджених:

- 1) переривати седацію з метою оцінки необхідності подальшої седації;
- 2) використовувати пробіотики і синбіотики.

24. 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.

25. Уникати інтубації дітей, якщо це можливо:

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

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

3) рекомендовано використовувати седацію під час проведення НІВПТ.

26. Мінімізувати тривалість механічної вентиляції у дітей:

1) щоденно оцінювати готовність до екстубації у дітей, які не мають протипоказів;

2) уникати незапланованих екстубацій із наступними інтубаціями.

27. Забезпечити регулярний догляд за порожниною рота дитини:

1) 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;

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

3) фторвмісні зубні пасти рекомендовані після досягнення дитиною дворічного віку;

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

5) для підтримки слизової оболонки рота і губ в чистоті та зволженими, рекомендовано використовувати губки змочені в безалкогольному і непероксидному ополіскувачі для порожнини рота.

28. Слід тримати піднятим головний кінець ліжка у інтубованих дітей.
29. Замінювати дихальні контури у інтубованих дітей необхідно лише при видимому забрудненні або несправності.
30. У інтубованих дітей рекомендовано регулярно видаляти конденсат із дихального контуру, уникаючи його потрапляння на пацієнта.
31. Перед зміною позиції тіла дитини на ліжку слід проводити санацію ротової порожнини.
32. У дітей з метою інтубації слід використовувати ендотрахеальні трубки з манжетами. Підтримувати тиск в манжеті необхідно таким, аби забезпечити мінімальну оклюзію (попередити витік повітря навколо ендотрахеальної трубки) – зазвичай, тиск в манжеті повинен становити 200 мм водного стовпчика.
33. Інтубованим дітям не рекомендовано призначати пробіотики з профілактичною метою.
34. У дітей старше 10 років для довготривалої інтубації рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки із дренажним портом для відсмоктування секрету, що накопичується в субглотковій ділянці.
35. Не рекомендовано застосовувати для профілактики ВАП у дітей:
- 1) системну антибіотикотерапію при ШВЛ-асоційованому трахеобронхіті;
 - 2) місцеві АМП для недопущення колонізації ротоглотки через ризик розвитку захворювань, що викликані *Clostridium difficile*;
 - 3) хлоргексидинвмісні засоби для догляду за ротовою порожниною;
 - 4) лікарські засоби для профілактики стресової виразки шлунку;
 - 5) ранню трахеостомію;
 - 6) ендотрахеальні трубки покриті сріблом;
 - 7) закриті системи санації трахеї і бронхів.

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 пов'язаний із застосуванням фторхінолонів, цефалоспоринів третього та четвертого поколінь і кліндаміцину);

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

2) ПНМД:

пацієнти можуть інфікуватися в будинках для людей похилого віку та лікарнях (захворювання розвивається внаслідок перорального передавання збудника після контакту із контамінованими спорами предметами і поверхнями, при чому медичні працівники можуть бути переносниками 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).

2. Заходи з профілактики КДІ та ізоляції пацієнтів:

1) затвердити алгоритм дій медичних працівників при виявленні підозри, ймовірного або підтвердженого випадку КДІ;

2) пацієнтів із КДІ ізолювати у одностільну кімнату із туалетом;

3) контактних заходів захисту дотримуватися протягом всього часу перебування пацієнта в закладі;

4) дотримуватися рекомендованих практик гігієни рук відповідно до додатку 1 до Інструкції;

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

б) пацієнт має щоденно приймати душ або ванну із милом.

3. Підтвердження КДІ:

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

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

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

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

5) в разі підтвердження КДІ, працівники лабораторії повинні негайно сповістити лікуючого лікаря.

4. Заходи щодо очищення і дезінфекції:

1) розробити та затвердити СОП щоденного і генерального прибирань у палаті/кімнаті, де перебуває пацієнт із КДІ;

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

3) проводити щоденну обробку дезінфекційним засобом всіх поверхонь, що мають безпосередній контакт із пацієнтом та в зоні догляду пацієнта, в тому числі туалетної/ванної кімнати, всіх поверхонь, що мають високий ризик доторкування (наприклад, ручки дверей);

4) в разі необхідності використання медичного обладнання для іншого пацієнта, провести обробку такого обладнання дезінфекційним засобом;

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

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

7) як додатковий захід із профілактики розповсюдження КДІ рекомендовано використовувати ультрафіолетове опромінення поверхонь після проведення їх очищення і дезінфекції.

5. Клінічний провізор ВІК проводить оцінку доцільності призначення антибіотиків, особливо із групи фторхінолонів, цефалоспоринів третього і четвертого поколінь і кліндаміцину.

6. Під час спалаху КДІ, працівникам, які проводять 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. Керівник ЗОЗ повинен забезпечити умови для здійснення заходів щодо охорони здоров'я медичних працівників.

2. При прийомі на роботу в ЗОЗ медичні працівники інформуються про фактори ризику при виконанні своїх професійних обов'язків, дотримання правил попередження професійних захворювань. У подальшому не менше одного разу на півроку всі медичні працівники повинні проходити інструктаж з питань профілактики ІПНМД та безпеки праці, один раз на місяць – навчання відповідно до графіку навчання з ППК, затвердженого керівником ЗОЗ.

3. Обов'язкові профілактичні медичні огляди медичних працівників ЗОЗ проводяться відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 08 серпня 2002 року за № 639/6927.

4. Профілактика професійних заражень передбачає використання заходів захисту, імунізацію та хіміопрофілактику, які наведені в Заходах та Засобах щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

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

6. Щодо кожного нещасного випадку або аварії в ЗОЗ проводяться їх облік та розслідування відповідно до Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року № 337.

VIII. Порядок розслідування та ліквідації спалаху інфекцій, що пов'язані із наданням медичної допомоги

1. ВІК проводить попередню порівняльну оцінку випадків захворювання з фоновим рівнем ІПНМД в ЗОЗ. У разі підтвердження наявності спалаху ВІК складає попередній план розслідування спалаху та попередження його поширення, який затверджується керівником ЗОЗ та узгоджується із закладом громадського здоров'я, на який покладено виконання функцій епідеміологічного нагляду (спостереження) у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (далі – ЗГЗ).

2. Для проведення розслідування причин виникнення спалаху ІПНМД та його ліквідації ЗГЗ створюється протиепідемічна комісія (далі – комісія), до складу якої входять:

1) представник(и) ЗГЗ;

2) керівник ВІК, координатор з гігієни рук та лікар-епідеміолог ЗОЗ, в якому є спалах;

3) представник державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (за згодою);

4) представник Міністерства охорони здоров'я України (за згодою);

5) представник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я виконавчого органу влади у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (за згодою);

6) співробітники кафедр закладів вищої медичної освіти та науково-дослідних інститутів (за згодою);

7) інші члени за необхідності.

Головою протиепідемічної комісії є представник ЗГЗ.

3. У разі необхідності комісія, з урахуванням конкретних обставин, уточнює попередній план розслідування і ліквідації спалаху ІПНМД. Уточнений план розслідування і ліквідації спалаху підписується всіма членами комісії.

4. При проведенні розслідування причин виникнення спалаху ІПНМД головою комісії визначається завдання та об'єм роботи кожного члена комісії.

5. Основні етапи розслідування:

1) збір та вивчення інформації, а саме:

звітів щодо ПШК в ЗОЗ;

поточного та п'ятирічного планів дій з ПШК;

результати оцінки знань медичних працівників про гігієну рук;

результати оцінки наявної інфраструктури і ресурсів для гігієни рук;

форм збору даних рутинного епідеміологічного нагляду;

2) верифікація діагнозу в усіх зареєстрованих випадках захворювань з використанням Критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905,

zareestrovanih u Ministerstvi yustitsii Ukraini 12 bereznya 2016 roku za № 379/28509;

- 3) підтвердження наявності спалаху;
- 4) активне виявлення всіх випадків захворювання;
- 5) оцінка стану впровадження ППК за наступними протоколами:

протокол системної самооцінки ППК в ЗОЗ (додаток 4 до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614;

протокол системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ (додаток 10 до Інструкції);

6) формулювання попередньої гіпотези щодо факторів ризику виникнення спалаху (динаміки захворюваності, установлення ризику зараження, вивчення структури захворілих та співставлення з проведенням діагностичних і медичних маніпуляцій);

7) розробка і організація заходів щодо ліквідації спалаху, з урахуванням властивостей встановленого збудника, шляхів і факторів передавання;

8) оцінка ефективності заходів.

5. Комісія організує проведення внутрішньовидового типування та, за необхідності, секвенування виділених мікроорганізмів з визначенням сероварів, фаговарів, антибіотикограм і профілів АМР. Аналіз отриманих даних використовується для визначення шляхів і факторів передавання ІПНМД, заходів щодо їх недопущення в майбутньому.

6. Під час спалаху, з метою виявлення можливого джерела збудників інфекції, комісія організує проведення серед медичних працівників позачергове бактеріологічне обстеження з дослідженням біологічного матеріалу залежно від етіології та нозологічної форми ІПНМД, наприклад:

1) при стафілококовій етіології спалаху – слизові оболонки передніх відділів носа;

2) при стрептококовій етіології – матеріал із зіву;

3) при виникненні захворювань на сальмонельоз та інші гострі кишкові інфекції, в тому числі вірусної етіології, проводяться необхідні мікробіологічні та вірусологічні дослідження.

7. В разі спалаху ІОХВ комісія організовує проведення оцінки ефективності всіх етапів очищення, дезінфекції і стерилізації (репроцесингу) медичних виробів обмеженого використання на підставі позачергових бактеріологічних досліджень та/або позапланової валідації процесів очищення, дезінфекції і стерилізації.

8. Комісією проводиться співставлення збудників ПНМД, виділених від пацієнтів, та мікроорганізмів, виділених від медичних працівників, інструментарію, за типовою належністю, а також за біологічними властивостями, зокрема за профілями АМР.

9. Висновки про характер спалаху, шляхи та фактори передавання інфекційних агентів (наприклад, руки медичних працівників, лікарські засоби, інструменти) визначаються комісією на основі обстеження пацієнтів, медичних працівників, інструментарію і проведених оцінювань відповідно до пункту 5 цього розділу.

10. Комісія виявляє обставини, що сприяли виникненню групових захворювань, наприклад:

1) несвоєчасна ізоляція та переведення захворілих;

2) порушення в роботі централізованого стерилізаційного відділення, аптеки, пральні тощо;

3) недотримання медичними працівниками санітарно-гігієнічних та протиепідемічних правил і вимог;

4) аварійні ситуації в системі водопостачання, каналізації, вентиляції, електромережі, а також постійні перебої у водопостачанні;

5) нерегулярні навчання і підготовка медичних працівників з ППК;

б) недостатня забезпеченість мийними та/або дезінфекційними засобами, засобами стерилізації або їх використання з порушенням інструкції;

7) недостатня матеріально-технічна забезпеченість ЗОЗ.

11. На основі аналізу захворюваності на ІПНМД, їх етіологічної структури, особливостей клінічного перебігу, умов, що сприяли виникненню спалаху, біологічної характеристики штамів, які циркулюють в закладі, комісія робить висновки про причини спалаху, джерело інфекції, шляхи та фактори передавання, що обумовили виникнення захворювання. З урахуванням цих висновків в ЗОЗ терміново розробляється та реалізується комплекс протиепідемічних і профілактичних заходів щодо локалізації та ліквідації спалаху ІПНМД.

12. У комплексі заходів щодо ліквідації спалаху відображаються вимоги для усунення виявлених порушень в роботі ЗОЗ та пропозиції щодо запобігання епідемічним ускладненням в майбутньому.

13. Результати розслідування спалаху та розроблені заходи щодо його ліквідації доводяться до відома керівника та медичних працівників ЗОЗ.

14. Звіт щодо результатів проведеного розслідування спалаху і прийняті заходи підписується всіма членами комісії, зберігається у ЗОЗ та ЗГЗ протягом п'яти років і враховується при розробці щорічного і п'ятирічного планів дій з ПШК.

Генеральний директор Директорату
громадського здоров'я та профілактики
захворюваності



І. Руденко

Додаток 1
до Порядку профілактики
інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги,
в закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(підпункт 1 пункту 7 розділу II)

**Примірна стандартна операційна процедура
«Контрольний список послідовності дій для постановки центрального
судинного катетеру»**

Відділення: _____ Палата №: _____
 Дата: ___ / ___ / ___ р. Початок: ___ — Закінчення: ___ —
 Процедура відбувається: ВАРІТ/операційна/радіологія/інші: _____
 Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря, що виконує процедуру: _____
 Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) особи, що заповнює форму: _____
 Тип катетера: діалізний/ тунельований/ нетунельований/ імплантований/ неімплантований/
 встановлений периферично центральний катетер
 Імпрегнація: так/ні Кількість ліній: _____ Номер партії катетера: _____
 Судина: яремна/грудна/підключична/стегова/тім'ячко/пупкова/ _____
 Частина тіла: права/ліва Використання провідника: так/ні
 Причина постановки: новий доступ/ несправність/ планова заміна/ аварійна заміна

Крок	Так	Так з нагадуванням	Ні*	Не застосовується	Коментарі
1	2	3	4	5	6
До процедури:					
Пацієнта інформують щодо необхідності і наслідках постановки центрального судинного катетеру, а також про процедуру введення і догляду за ним					
Визначення наявності алергії на латекс і, за необхідності, заміна витратних матеріалів					
Оцінка ризику зараження пацієнта (якщо високий, необхідно зазначити причину)					
Оцінка наявної антикоагуляційної терапії					
Форма згоди та інші супутні документи заповнені (за виключення постановки у надзвичайній або екстреній ситуації)					
Лікар та його помічник провели гігієнічну обробку рук					
Витратні матеріали і необхідне обладнання наявні та перевірені					
Метод підтвердження правильного розміщення обрано					

1	2	3	4	5	6
Пацієнт ідентифікований щонайменше з двох джерел (за виключення постановки у надзвичайній або екстреній ситуації)					
Визначено максимальний термін проведення процедури					
Визначено та позначено місце проколу					
Пацієнт укладений для проведення процедури					
Шкіра в місці майбутнього проколу оброблена 2% розчином хлоргексидину або 70% спиртом у дитини до 2 місяців					
Шкіра висохла після обробки					
Тіло пацієнта покрите стерильною серветкою від голови до п'ят					
Всі, хто бере участь у постановці, одягнені в стерильні медичні рукавички, стерильний халат захисний від інфекційних агентів, шапочку медичну, медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток					
Всі інші, хто знаходиться у приміщенні, одягнені в хірургічну маску					
Катетер попередньо промитий стерильним розчином 0,9% натрію хлориду, герметичність закруток/портів перевірено					
Виконана місцева анестезія або загальна седация					
Під час процедури (допустимо заповнити після закінчення процедури, якщо вона проводиться у екстреній/невідкладній ситуації та потребує залучення в процес особи, яка заповнює форму)					
Підтвердження розташування катетера за допомогою ультразвукової діагностики/ черезстравохідної ехокардіограми/ флюороскопії/ манометрії тощо					
Кров аспірується із кожної лінії (правильність внутрішньосудинного розташування кінчика катетера підтверджено)					
Яким розчином та яким об'ємом (мл) було промито катетер: _____					
Всі закрутки розміщені правильно					
Всі закрутки затиснені					
Катетер закріплено (пришито/пристептовано/ закріплено стерильною клейкою пов'язкою)					
Розміщення кінчика катетеру підтверджено методом рентгенографії або рентгеноскопії					
Стерильність поля дотримана					
Під час процедури катетер не був пошкоджений					
Лікар, який виконував процедуру, був замінений після третьої невдалої спроби постановки катетеру					
Кров прибрана із області місця проколу					
Накладено стерильну пов'язку					
Після процедури					
На пов'язці зазначено дату накладення					
Рентгенологічно перевірено відсутність ускладнень маніпуляцій та правильність розташування катетеру					
Заплановано заміну катетеру					

1	2	3	4	5	6
Пацієнт отримав необхідну інформацію щодо правильного поводження і догляду за катетером					

*У разі виявлення недотримання затвердженої практики постановки катетера, слід негайно повідомити про це лікаря, який проводить постановку та припинити процедуру до усунення невідповідності.

Виміри катетеру: внутрішня частина: ____ мм. зовнішня частина: ____ мм.

Додаток 2
до Порядку профілактики
інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги,
в закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(підпункт 1 пункту 4 розділу IV)

Показання до постановки сечового катетеру

Показання	Недоречне застосування
<p>1. Гостра затримка сечі або блок сечового міхура.</p> <p>2. Необхідність точного вимірювання діурезу у пацієнтів в критичному стані.</p> <p>3. Периопераційне використання для наступних процедур: пацієнти, які перенесли урологічні оперативні втручання або інші операції в області сечовивідних шляхів та органів; довготривалі оперативні втручання (більше 8 годин) – такі сечові катетери мають бути видалені в післяопераційній кімнаті або ВАРІТ; пацієнтам, які під час оперативного втручання планово мають отримати велику кількість інфузії або діуретики; необхідність інтраопераційного моніторингу діурезу.</p> <p>4. У пацієнтів з нетриманням сечі після оперативних втручань в області куприку та промежини.</p> <p>5. Пацієнтам, які потребують довготривалої іммобілізації (наприклад, при переломі кісток тазу).</p> <p>6. З метою підвищення комфорту при догляді за хоспісними пацієнтами, у разі необхідності.</p>	<p>1. Пацієнтам із нетриманням сечі без показань.</p> <p>2. Взяття зразку сечі для посіву, у випадках якщо пацієнт контролює сечопускання.</p> <p>3. Довготривале використання у пацієнтів у післяопераційний період без відповідних показань.</p>

Додаток 3
до Порядку профілактики
інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги,
в закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(підпункт б пункту 6 розділу IV)

**Примірна стандартна операційна процедура
«Катетеризація сечового міхура»**

Умова	Алгоритм виконання
1	2
Вимоги до безпеки праці	<ol style="list-style-type: none"> 1. До і після процедури провести практику з гігієни рук. 2. Під час процедури використовувати засоби індивідуального захисту, а саме: фартух захисний від інфекційних агентів, медична (хірургічна) маска, медичні рукавички, окуляри. 3. Дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури.
Інформування пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лікар отримує від пацієнта (або законного представника) згоду на проведення процедури. 2. Пацієнт отримує інформацію щодо процедури та правила поведіння.
Необхідний набір матеріалів та засобів	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медичні рукавички. 2. Сечоприймач. 3. Пелюшка. 4. Стерильний корнцанг або пінцет для роботи з біксом. 5. Бікс із стерильними серветками. 6. Стерильний трьохпортовий сечовий катетер. 7. Стерильне вазелінове масло. 8. Лоток для відпрацьованого матеріалу. 9. Чиста ганчірка для обробки зони навколо місця постановки катетеру. 10. Ножиці. 11. Шприц на 5 або 10 мл. 12. Шприц Жане на 100 або 150 мл, у разі необхідності промивання катетеру одразу після постановки. 13. Спиртовмісний антисептик для рук. 14. Одноразові паперові рушники.

1	2
Методика виконання	<p>Підготовка до процедури:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У жінок процедура катетеризації сечового міхура м'яким катетером виконується у позі лежачи на спині із розсунутими напівзігнутими ногами, у чоловіків – лежачи на спині зі злегка розсунутими ногами. 2. При виражених спазмах сфінктера сечового міхура у чоловіків рекомендовано провести підготовку спазмолітиками (накладення на область проекції сфінктера теплої грілки та призначення ін'єкційного введення спазмолітиків (наприклад, дротаверину). 3. Провести оцінку переносимості антисептику пацієнтом (повідон-йоду або хлоргексидину). <p>Виконання процедури у чоловіків:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести практику гігієнічної обробки рук, одягнути оглядові медичні рукавички, поставити лоток для відходів поміж стегон пацієнта (приблизно в області колін), провести гігієнічну обробку зовнішніх статевих органів. 2. Дочекатися висихання або, використовуючи паперові рушники, промокнути пахову ділянку. 3. Зняти оглядові медичні рукавички, провести практику гігієнічної обробки рук, одягти стерильні медичні рукавички. 4. Обернути прутень стерильними серветками. 5. Охопити III і IV пальцями лівої руки статевий член по вінцевій борозні з боків, потягнути вертикально вверх і зсунути крайню плоть вниз. 6. I та II пальцями обережно здавити голівку і незначно відтягнути її доверху (для більшого розкриття отвору сечовипускного каналу). 7. Обробити голівку прутня антисептиком (у разі непереносимості, стерильним фізіологічним розчином). 8. Витягнути голівку максимально перпендикулярно поверхні тіла (для випрямлення переднього відділу уретри). 9. Взяти правою рукою катетер та обробити кінець, що буде вводиться, стерильним вазеліновим маслом. 10. Захопити катетер на 5-6 см нижче бокового отвору, ввести його в отвір уретри і, поступово перехоплюючи, просувати його по каналу глибше, при цьому прутень необхідно підтягувати доверху неначе нанизуючи його на катетер. 11. Просовуйте катетер в уретру доки кінчик не досягне сечового міхура – піде сеча. 12. Наповніть балон катетеру 5-10 мл стерильного фізіологічного розчину. 13. Якщо сеча не з'явилася, перед заповненням балону, слід промити катетер для впевненості в його правильному розташуванні. 14. Повернути на місце крайню плоть, для попередження розвитку парафімозу. 15. З'єднати катетер із збиральним мішком.

1	2
Методика виконання	<p>Виконання процедури у жінок:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести практику гігієнічної обробки рук, одягнути оглядові медичні рукавички, поставити лоток для відходів поміж стегон пацієнтки (приблизно в області колін), провести гігієнічну обробку зовнішніх статевих органів. 2. Дочекатися висихання або, використовуючи паперові рушники, промокнути пахову ділянку. 3. Зняти оглядові рукавички, провести практику гігієнічної обробки рук, одягти стерильні рукавички. 4. Розсунути I та II пальцями лівої руки в сторони великі і малі статеві губи, оголивши отвір сечовипускного каналу. 5. Правою рукою обробити зону навколо отвору сечовипускного каналу антисептиком або стерильним фізіологічним розчином (в разі непереносимості антисептика). 6. Взяти правою рукою катетер та обробити кінець, що буде вводиться, стерильним вазеліновим маслом. 7. Захопити катетер на 5-6 см нижче бокового отвору, ввести його в отвір уретри і, поступово перехоплюючи, просувати його по каналу глибше приблизно на 10 см або до появи сечі. 8. Наповніть балон катетеру 5-10 мл стерильного фізіологічного розчину. 9. Якщо сеча не з'явилася, перед заповненням балону, слід промити катетер для впевненості в його правильному розташуванні. 10. З'єднати катетер зі збиральним мішком. <p>Закінчення процедури:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При разовій катетеризації витягати катетер слід дещо раніше аніж вийде вся сеча, щільно закривши його зовнішній кінець по завершенню виділення сечі, задля того, аби порція сечі яка залишилася, промила сечовипускний канал після витягання катетеру. 2. При видаленні катетеру, залишити в сечовому міхурі 200-250 мл фізіологічного розчину або розчину фурациліну. 3. Після завершення процедури, зібрати медичні відходи та провести гігієну рук.
Додаткові відомості	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заборонено виконувати дві неуспішні спроби катетеризації сечового міхура. 2. Якщо при постановці катетера відчувається перешкода, не слід проходити її насильно, так як це може пошкодити слизову оболонку сечовипускного каналу.
Результат	Виділення сечі.