



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

10.05.2007

№ 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 червня 2007 р.
за № 694/13961

Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

*{ Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства
охорони здоров'я № 310 (в0310282-14) від 08.05.2014 }*

На виконання завдань і заходів Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1849, з метою розроблення та упровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах для профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Інструкцію з організації проведення комплексу профілактичних заходів щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах (додається).

1.2. Інструкцію з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається).

1.3. Інструкцію з організації роботи бактеріологічних лабораторій в системі інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається).

1.4. Порядок розслідування та ліквідації спалаху внутрішньолікарняних інфекцій серед роділь, породіль та новонароджених в акушерських стаціонарах (додається).

1.5. Типове положення про лікаря-епідеміолога акушерського стаціонару (додається).

1.6. Типове положення про Комісію з інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається).

2. Директорам Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню Моїсеєнко Р.О. та Департаменту державного санітарно-епідеміологічного нагляду Пономаренку А.М. забезпечити контроль за впровадженням інфекційного контролю в акушерських стаціонарах.

2.1. Підготувати пропозиції до Держбудмайна України щодо внесення змін в "Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001" .

2.2. При розробці нормативів надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим урахувати нові вимоги організації протиепідемічного режиму і впровадження сучасних перинатальних технологій в акушерських стаціонарах.

2.3. Забезпечити державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської, Київської, Луганської, Львівської, Харківської та Чернівецької, Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської та управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та Управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій:

3.1. Забезпечити реорганізацію діяльності акушерських стаціонарів відповідно до вимог цього наказу.

3.2. Здійснити заходи щодо впровадження в акушерських стаціонарах системи інфекційного контролю.

3.3. Розробити та затвердити до 01.09.2007 комплексні плани заходів щодо зниження захворюваності на гнійно-запальні інфекції новонароджених та породіль.

3.4. Здійснювати контроль за ходом виконання цього наказу, заслуховувати хід реалізації заходів на колегіях органів охорони здоров'я.

3.5. Провести протягом III кварталу 2007 року семінари з питань упровадження інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, забезпечити систематичну підготовку медичних кадрів з указаних питань.

3.6. Укомплектувати посади лікарів-епідеміологів в акушерських стаціонарах.

3.7. Реорганізувати обсерваційні акушерські відділення та спеціалізовані акушерські стаціонари інфекційного профілю до вимог діяльності в режимі індивідуальних та сімейних пологових палат.

4. Головним державним санітарним лікарям Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, на водному, повітряному, залізничному транспорті здійснювати методичне керівництво роботою лікарів-епідеміологів акушерських стаціонарів з питань організації епідемічного нагляду та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

{ Пункт 5 фактично втратив чинність у зв'язку з втратою чинності Наказу Міністерства охорони здоров'я N 620 від 29.12.2003, до якого вносились зміни } 5. У підпункті 7.25 пункту 7 Методичних рекомендацій щодо організації надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 29.12.2003 N 620 "Про організацію акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" цифри "4-5" замінити цифрою "3".

6. Скасувати наказ МОЗ України від 10.02.2003 N 59 "Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)".

7. Уважати таким, що не застосовується в частині організації санітарно-протиепідемічного режиму в акушерських стаціонарах на території України, наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 31.07.78 за N 720 "Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией".

8. Контроль за виконанням наказу покласти на першого заступника Міністра Орду О.М. та першого заступника Міністра - головного державного санітарного лікаря України Бережнова С.П.

Міністр

Ю.О.Гайдаєв

ПОГОДЖЕНО:

**В.о. Голови Державного комітету
України з питань регуляторної
політики та підприємництва**

К.О.Ващенко

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 N 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 червня 2007 р.
за N 694/13961

ІНСТРУКЦІЯ
з організації проведення комплексу профілактичних
заходів щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій
в акушерських стаціонарах

1. Основні поняття і терміни

Внутрішньолікарняна інфекція (далі - ВЛІ) - будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло в пацієнта протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло внаслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин і більше після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду та нозологічної форми інфекції.

Інфекція не вважається внутрішньолікарняною за умови:

- наявності в пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;
- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації;
- трансплацентарної трансмісії інфекції у новонародженого, які викликаються: *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Listeria monocytogenes*, стрептококами групи В, вірусами: краснухи, гепатитів В і С, ВІЛ, цитомегаловірусами, папіломовірусами, *Herpes simplex*, *Varicella zoster* тощо.

Інфекція вважається внутрішньолікарняною у разі:

- набуття її у лікувальному закладі;
- інтранатального інфікування.

Груповим захворюванням або спалахом ВЛІ вважається виникнення 3 і більше випадків внутрішньолікарняних захворювань, якщо доведено, що збудником інфекцій є вид мікроорганізму з ідентичними біологічними властивостями, у тому числі профілями антибіотикорезистентності, або виникнення 3 і більше випадків внутрішньолікарняних захворювань, які

сталися в межах коливань одного інкубаційного періоду та пов'язані з одним джерелом інфекції і спільними факторами передачі.

Інфекційний контроль (далі - ІК) - комплекс організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження ВЛІ, що базується на результатах епідеміологічної діагностики.

Епідеміологічне спостереження (далі - ЕС) - система моніторингу за динамікою епідемічного процесу щодо ВЛІ (захворюваність, летальність, колонізація, носійство), факторами та умовами, що впливають на їх виникнення і розповсюдження, а також аналіз і узагальнення одержаної інформації для розробки профілактичних та протиепідемічних заходів.

Епідеміологічне спостереження є найважливішим компонентом ІК.

Мікробіологічний моніторинг (далі - ММ) - збір та аналіз даних щодо визначення етіологічної структури ВЛІ, домінуючих колонізуючих агентів, мікроорганізмів, що контамінують об'єкти внутрішнього середовища стаціонару, біологічних властивостей, у т.ч. антибіотикорезистентності виділених штамів мікроорганізмів та її профілів. ММ спрямований на визначення тенденцій та динаміки змін цих показників, удосконалення тактики раціональної та емпіричної антибіотикотерапії, периопераційної антибіотикопрофілактики, удосконалення дезінфекційних заходів.

Основою ММ є дані мікробіологічної лабораторії.

Епідеміологічний аналіз захворюваності на ВЛІ передбачає встановлення рівня, структури та динаміки для оцінки епідемічної ситуації в пологовому будинку (відділенні). Згідно з даними аналізу розробляється комплекс протиепідемічних заходів. Оперативний та ретроспективний аналіз передбачає вивчення захворюваності на ВЛІ за локалізацією патологічного процесу, етіологією та термінами їх розвитку, а також біологічних властивостей, перш за все антибіотикорезистентності штамів, що виділяються. Епідеміологічний аналіз проводиться з урахуванням факторів ризику розвитку ВЛІ.

Стандартні визначення випадку ВЛІ - сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. Стандартні визначення випадку призначені для епідеміологічної діагностики і не використовуються для постановки клінічного діагнозу та вибору лікування.

Алгоритми - обґрунтовані і задокументовані способи виконання відповідних завдань з позицій епідемічної безпеки. При розробці алгоритмів визначають мету конкретної процедури (маніпуляції), виконавця(ів), місце проведення, конкретний поетапний опис виконання або здійснення процедури (маніпуляції), перелік обладнання. Алгоритми затверджуються головним лікарем стаціонару.

Фоновий рівень захворюваності - мінімальний рівень захворюваності на ВЛІ, який притаманний певному стаціонару. Фоновий рівень устанавлюється на підставі епідеміологічного спостереження та епідеміологічного аналізу. Перевищення фонового рівня захворюваності свідчить про епідемічне

неблагополуччя в стаціонарі або можливе виникнення спалаху ВЛІ, що потребує ретельного аналізу та перегляду протиепідемічних заходів.

Універсальні заходи безпеки - комплекс правил поведінки медичного персоналу під час виконання функціональних обов'язків, спрямованих на захист від можливого інфікування, розглядаючи кожного пацієнта як потенційне джерело інфекцій, у тому числі тих, що передаються через кров.

Аварією вважають уколи, порізи та інші ситуації, які спричинили попадання на слизові оболонки та шкіру співробітника крові або інших біологічних рідин пацієнта.

Профілі антибіотикорезистентності - це сполучення детермінант резистентності кожного виділеного штаму мікроорганізму. Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Постійне стеження за появою та циркуляцією в окремому стаціонарі штамів умовно патогенних мікроорганізмів (далі - УПМ) з однаковими профілями антибіотикорезистентності має важливе значення для виявлення госпітальних штамів УПМ та вивчення епідеміології госпітальних інфекцій.

Профілі антибіотикорезистентності визначають за діаметрами зон затримки росту мікроорганізмів навколо дисків з аналогічними антибіотиками, до яких досліджувані штами мікроорганізмів виявляють стійкість.

Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість, принаймні до 5 антибіотиків, включаючи:

- для штамів стафілококів - стійкість до метициліну (оксациліну) та/або ванкоміцину;
- для штамів ентерококів - до ванкоміцину;
- для ентеробактерій - до гентаміцину і/або до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь;
- для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь.

Виділення від пацієнтів, об'єктів внутрішнього середовища штамів мікроорганізмів з однотипними профілями антибіотикорезистентності, діаметри зон затримки росту яких навколо дисків з однаковими антибіотиками однакові або відрізняються не більше ніж на 3 мм, свідчить про формування та циркуляцію у стаціонарі госпітального штаму.

Внутрішньоутробна інфекція - це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної) переважно вірусної або тохоінфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини. До гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій відносять захворювання новонароджених, що виявляються у перші три доби життя.

Ураження плода відбувається переважно протягом раннього фетального періоду (9-22-й тиждень гестації) з формуванням уроджених аномалій розвитку або специфічного симптомокомплексу (затримка внутрішньоутробного розвитку плоду, гідроцефалія, кальцифікати мозку,

гепатоспленомегалія, важка жовтяниця). До гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій належать захворювання, що виявляються у перші три доби життя.

Індивідуальний пологовий зал - це обладнане спеціальною апаратурою приміщення для проведення пологів в однієї роділлі з ускладненим перебігом вагітності, після чого мати разом з новонародженим переводяться до індивідуальної післяпологової палати для їх спільного перебування до виписки із стаціонару.

Індивідуальна пологова палата - це обладнане приміщення із санвузлом (врахувати при перебудові акушерських стаціонарів) для проведення лише фізіологічних пологів за сучасними перинатальними технологіями в однієї роділлі, після чого мати разом з дитиною перебувають у ній до виписки із стаціонару.

Сімейна пологова палата - це обладнане приміщення з окремим входом і зі санвузлом, де відбуваються пологи та перебуває матір з новонародженим і членами родини (цілодобово за умови необхідності догляду за матір'ю та новонародженим) до виписки зі стаціонару.

Індивідуальна післяпологова палата - це приміщення із санвузлом (врахувати при перебудові акушерських стаціонарів), де може перебувати лише одна породілля з новонародженим після переведення з індивідуального пологового залу до виписки їх із стаціонару.

Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів. Ці палати повинні бути із санвузлом, з окремим входом, обладнані припливно-витяжною вентиляцією з негативним тиском (врахувати при перебудові акушерських стаціонарів). Пересування пацієнтів з палати до палати, а також до інших відділень стаціонару забороняється. У цій палаті роділля народжує та перебуває в ній до виписки із стаціонару. До цієї палати можуть госпіталізуватися породіллі, у яких пологи відбулися поза лікувальним закладом.

Медичний персонал при вході до палати для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів одягає одноразовий халат, шапочку, гумові рукавички. Після закінчення роботи цей одяг знімається, здійснюється оброблення рук, лише після цього виходить персонал із цієї палати.

Якщо відсутні умови окремого входу до палати для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів, необхідно здійснити заходи з максимальної ізоляції пацієнтки із дотриманням умов профілактики поширення інфекції.

2. Організаційні заходи

2.1. Ця інструкція є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності та підпорядкування.

2.2. Відповідальність за організацію виконання заходів щодо попередження виникнення ВЛІ в акушерському стаціонарі несе головний лікар закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ).

2.3. Безпосередньо у відділеннях відповідальність за організацію комплексу профілактичних заходів, виявлення, повну реєстрацію та облік всіх форм ВЛІ покладається на завідувачів відділень.

2.4. В акушерському стаціонарі наказом головного лікаря створюється Комісія з інфекційного контролю (далі - КІК), яка координує та організовує проведення комплексу профілактичних заходів виникнення ВЛІ.

2.5. Структура акушерського стаціонару:

- гардероб для співробітників та відвідувачів (відокремлені);
- акушерське приймально-оглядове відділення;
- акушерське відділення з індивідуальними пологовыми залами, індивідуальними та сімейними пологовыми палатами, післяпологовими палатами для спільного перебування матері і новонародженого;
- відділення патології вагітних;
- операційний блок;
- анестезіологічне відділення (палати) з ліжками інтенсивної терапії для жінок;
- відділення (палати) інтенсивної терапії новонароджених;
- відділення (палата) для неонатального догляду;
- кімната для зберігання та розведення вакцини БЦЖ;
- кімната для зберігання та розведення вакцини для профілактики вірусного гепатиту В;
- кімната для приготування молочних адаптованих сумішей;
- маніпуляційна;
- палата із санвузлом (не менше однієї в залежності від потужності пологового стаціонару - 2-3) з окремим входом для госпіталізації роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів;
- приміщення для дезінфекції та передстерилізаційної очистки інструментарію;
- кімната для підготовки до використання (дезінфекція, очищення, мийка);
- медичних апаратів (медикорів, наркозно-дихальних тощо);
- санвузол для персоналу, санвузли та душові кімнати для жінок;
- приміщення для прибирального інвентарю;
- приміщення для тимчасового зберігання речей пацієнтів;
- група приміщень для медичного персоналу;
- приміщення для зберігання чистої білизни стаціонару;
- приміщення для збору використаної білизни стаціонару.

Для прийняття та госпіталізації гінекологічних хворих необхідно мати окреме приміщення.

Площі існуючих палат (не менше 14 кв.м) та пологових залів (не менше 16 кв. м) в акушерських стаціонарах використовуються як індивідуальні для однієї пари матері та новонародженого.

У залежності від потужності пологового стаціонару сучасні підходи до надання акушерської допомоги передбачають організацію переважної більшості індивідуальних пологових палат, сімейних пологових палат, індивідуальних пологових залів.

Індивідуальний пологовий зал повинен бути оснащений спеціальним високотехнологічним медичним обладнанням для ведення ускладнених пологів, а також у разі виникнення ускладнених пологів після переведення роділлі з індивідуальної пологової палати.

Обсерваційні акушерські відділення та спеціалізовані акушерські стаціонари інфекційного профілю у складі багатoproфільних лікувальних закладів не створюються. Існуючі обсерваційні відділення реорганізуються до забезпечення діяльності в режимі індивідуальних та сімейних пологових залів, індивідуальних післяпологових палат, що є ефективним методом профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій.

2.5.1. Індивідуальний пологовий зал оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів, вакуум-екстрактором, акушерськими щипцями, тонометром для дорослих, акушерським стетоскопом, монорефлекторною мобільною лампою, пеленальним столиком з підігрівом, масляним обігрівачем (у разі потреби підвищити температуру), візком для інструментів, двома стільцями, настінним термометром, мішком та маскою Амбу, а також засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок).

На 3-4 індивідуальних пологових зали необхідно мати 2 ларингоскопи з мішком Амбу, 2 одноразових вакуум-екстрактори, 2 набори для проведення епізіотомії та накладання швів, 2 акушерських щипці.

2.5.2. Індивідуальні пологові палати оснащуються функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), сповивальним столиком.

Обладнання для первинної реанімації новонародженого використовується у разі потреби з індивідуального пологового залу. Після пологів мати й дитина спільно перебувають до виписки із стаціонару.

2.5.3. Приміщення для організації сімейної пологової палати повинне бути просторим (не менше 14 кв.м) з наявністю індивідуального санітарного блока. Сімейна пологова палата оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), масляним обігрівачем (у разі необхідності підвищити температуру), настінним термометром, зручними меблями та

предметами для цілодобового перебування членів родини, холодильником та місцем для прийому їжі. Матеріали, із яких виготовлені вищевказані предмети оснащення, повинні піддаватися дезінфекції.

2.5.4. Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час всього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок)

2.6. Медичний персонал акушерського стаціонару дозволяє присутність партнера не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких) на пологах відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ з урахуванням бажання роділлі. Додаткове медичне обстеження родичів не проводиться. Присутність членів родини за наявності в них туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні при пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті. Придатність чистого одягу для близьких, роділлі та домашньої постільної білизни визначається підпунктом 5.1.3 Інструкції з організації та упровадження інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, затвердженої наказом МОЗ від 10.05.2007 N 234.

2.7. Дозволяються відвідування матері (з урахуванням її бажання) і дитини в акушерському стаціонарі близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллею. Можливість відвідування породіллі членами родини до 14 років вирішується головним лікарем стаціонару.

2.8. Виписка з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-тю добу після пологів.

2.9. Акушерський стаціонар закривається у разі необхідності проведення поточного ремонту, але не частіше 1 разу на рік. Допускається закриття акушерського стаціонару за поверхами.

У разі закриття пологового стаціонару на поточний ремонт регіональні органи охорони здоров'я визначають акушерський стаціонар для забезпечення пологової допомоги.

2.10. Відкриття акушерського стаціонару здійснюється за погодженням головного державного санітарного лікаря адміністративної території після проведення санітарно-бактеріологічного контролю й отримання негативних результатів.

2.11. Головний лікар закладу охорони здоров'я погоджує з територіальною санітарно-епідемічною станцією (далі - СЕС) та затверджує перелік епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару, які підлягають постійному мікробіологічному дослідженню, яке проводиться ЗОЗ. Орієнтовний перелік об'єктів, що підлягають дослідженню, наведений

в пункті 3.11. Інструкції з організації та упровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, затвердженої наказом МОЗ від 10.05.2007 N 234.

Порядок організації ізоляційних заходів для пацієнтів із висококонтагіозними інфекціями відбувається з урахуванням механізму передачі інфекції.

2.12. Територіальні СЕС здійснюють планову оцінку дотримання санітарно-протиепідемічного режиму 1 раз на квартал. Відбір проб для бактеріологічних досліджень проводиться лише з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару.

2.13. Спеціалісти СЕС (дезінфекційна служба) 2 рази на рік оцінюють якість поточної та заключної дезінфекції, а також ефективність використання дезінфекційних засобів, якість роботи автоклавів та іншого обладнання, призначеного для стерилізації та безкамерної обробки.

2.14. Терміни, обсяг та об'єкти досліджень, які проводять СЕС, діагностичні лабораторії та дезстанції, повинні бути узгоджені між собою з метою виключення дублювання.

2.15. Працівники акушерських стаціонарів підлягають обов'язковим медичним оглядам та профілактичним щепленням у встановленому порядку.

2.16. Персонал акушерського стаціонару несе відповідальність за невиконання вимог нормативних актів, санітарних норм та гігієнічних правил згідно з чинним законодавством України.

**Директор Департаменту організації
та розвитку медичної допомоги
населенню**

Р.О.Моїсеєнко

**Директор Департаменту державного
санітарно-епідеміологічного
нагляду**

А.М.Пономаренко

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 № 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 21.06.2007
за № 695/13962

ІНСТРУКЦІЯ З ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

Система інфекційного контролю (далі - ІК) включає:

- організаційну структуру управління системою ІК;
- епідеміологічне спостереження за внутрішньолікарняними інфекціями (далі – ВЛІ);
- мікробіологічний моніторинг;
- розробку та впровадження комплексу профілактичних та протиепідемічних заходів на підставі епідеміологічного аналізу епідситуації в стаціонарі;
- заходи, спрямовані на охорону здоров'я медичного персоналу;
- систему навчання медичного персоналу.

1. Організаційна структура управління системою ІК

1.1. Ця інструкція є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності та підпорядкування.

1.2. Відповідальність за розробку та впровадження системи ІК у стаціонарі несе головний лікар.

1.3. У відділеннях акушерського стаціонару відповідальність за впровадження системи ІК несуть завідувачі відділень.

1.4. Комісія з інфекційного контролю (далі - КІК) розробляє програму ІК та погоджує її з територіальною санітарно-епідеміологічною станцією (далі – СЕС). Результати впровадження програми щокварталу заслуховуються на засіданнях КІК та доводяться до відома співробітників стаціонару.

2. Епідеміологічне спостереження за ВЛІ

2.1. При проведенні епідеміологічного спостереження перевагу надають активному спостереженню, форми якого визначаються КІК.

2.2. Епідеміологічне спостереження, уключно з аналізом епідситуації в

акушерському стаціонарі, здійснює госпітальний епідеміолог.

2.3. В епідеміологічному спостереженні беруть участь усі співробітники стаціонару.

2.4. Епідеміологічне спостереження за ВЛІ в акушерських стаціонарах передбачає:

- виявлення, облік і реєстрацію всіх випадків ВЛІ в породіль, новонароджених та персоналу акушерського стаціонару;
- визначення та реєстрацію факторів ризику виникнення ВЛІ;
- визначення фонового рівня захворюваності на ВЛІ;
- аналіз епідемічної ситуації в стаціонарі.

2.4.1. Виявлення, облік та реєстрація ВЛІ:

2.4.1.1. В акушерських стаціонарах забезпечується своєчасна та повна реєстрація всіх нозологічних форм ВЛІ в породіль, новонароджених, медичного персоналу.

2.4.1.2. Відповідальність за виявлення, облік та реєстрацію випадків ВЛІ несе головний лікар закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), у відділеннях – завідувачі відділень.

2.4.1.3. У стаціонарі протягом 3 років установлюється фоновий рівень захворюваності на гнійно-запальні захворювання (далі - ГЗЗ) за епідеміологічними діагнозами.

2.4.1.4. Чергові акушерка та дитяча медична сестра щоденно вносять дані щодо ознак ГЗЗ до карт епідеміологічного спостереження (додаток 1 до цієї Інструкції), які після завершення чергування передаються завідувачу відділення для вивчення та подальшої передачі госпітальному епідеміологу. Карти повинні зберігатися у відділенні протягом 1 року.

2.4.1.5. Госпітальний епідеміолог установлює епідеміологічний діагноз ВЛІ за кожним випадком окремо на підставі стандартних визначень випадку ВЛІ (додаток 2 до цієї Інструкції) з урахуванням даних, унесених до карти епідеміологічного спостереження.

Епідеміологічний діагноз уключає ознаки ГЗЗ, у тому числі доклінічні форми, тому кількість епідеміологічних діагнозів завжди буде більшою, ніж кількість випадків з клінічними проявами ВЛІ.

2.4.1.6. Кожен клінічний випадок ВЛІ реєструється відповідно до форми первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань», затвердженої наказом МОЗ від 10.01.2006 № 1, зареєстрованим в Мін'юсті 08.06.2006 за № 686/12560), в акушерському стаціонарі (відділенні) з поданням екстреного повідомлення до територіальної санітарно-епідеміологічної станції (далі - СЕС).

2.4.1.7. Випадки внутрішньоутробної інфекції (далі - ВУІ) реєструються

окремо на підставі критеріїв визначення ВУІ без подання екстреного повідомлення до СЕС. Строки реалізації ВУІ залежать від етіологічного фактору відповідно до клінічного протоколу.

При визначенні ВУІ слід ураховувати ризик трансмісії інфекції від матері до плода, період трансмісії інфекції від матері до плода відповідно до клінічного протоколу. Факторами ризику виникнення ВУІ є інфекційні та запальні ускладнення перебігу вагітності.

2.4.1.8. Облік та реєстрацію ГЗЗ слід здійснювати за таким примірним переліком захворювань:

у новонароджених:

- кон'юнктивіт і дакриоцистит;
- піодермія;
- флебіт пуповинної вени;
- панарицій, пароніхій;
- омфаліт;
- отит;
- імпетіго (пухирчатка), пемфігус, везикулопустульоз;
- псевдофурункульоз;
- мастит;
- ентероколіт;
- пневмонія;
- абсцес;
- флегмона;
- менінгіт, менінгоенцефаліт;
- остеомієліт;
- сепсис, септицемія;
- постін'єкційні інфекції;
- сальмонельоз;
- вірусні гепатити В, С;
- інші інфекційні захворювання;
- грип, ОРЗ;

у породіль:

- післяопераційні інфекції акушерської рани, у тому числі нагноєння і розходження швів;
- ендометрит;
- перитоніт, у т.ч. після кесарева розтину;
- сепсис;
- мастит;
- постін'єкційні інфекції;
- грип, ОРЗ;
- пневмонія;
- цистит, уретрит, пієлонефрит;
- сальмонельози;

- вірусні гепатити В, С, А;
- інші інфекційні захворювання.

Реєстрація вірусних внутрішньолікарняних інфекцій проводиться на підставі епідеміологічного аналізу випадку та результатів лабораторних досліджень.

2.4.1.9. За умови виявлення випадку ГЗЗ у новонародженого чи породіллі протягом 7 днів після виписки із стаціонару заклади охорони здоров'я (гінекологічні стаціонари, дитячі поліклініки та стаціонари, жіночі консультації, хірургічні кабінети та відділення, прозектура та ін.) повідомляють про встановлений діагноз за телефоном до акушерського стаціонару за місцем пологів та подають екстрене повідомлення до територіальної СЕС протягом 12 годин з моменту його встановлення.

Госпітальний епідеміолог виявляє причини виникнення ВЛІ та розробляє заходи з метою попередження подальшого розповсюдження інфекції.

Результати аналізу та пропозиції щодо поліпшення епідситуації в стаціонарі розглядаються на засіданні КІК і доводяться до відома всіх співробітників стаціонару.

2.4.1.10. Лікар-епідеміолог територіальної СЕС в межах повноважень аналізує повноту і якість виконання вимог, зазначених даним наказом, у разі реєстрації генералізованих форм захворювань і групових випадків, перевищення фонового рівня захворюваності на ВЛІ, а також при планових піврічних перевітках акушерських стаціонарів.

2.4.1.11. В акушерському стаціонарі, де відсутній лікар-епідеміолог, не пізніше наступного дня з моменту отримання екстреного повідомлення лікар-епідеміолог територіальної СЕС проводить епідеміологічне розслідування та дає рекомендації з локалізації і попередження подальшого розповсюдження інфекції. Співробітник пологового будинку (відділення), відповідальний за протиепідемічний режим, бере участь у розслідуванні та організовує і здійснює протиепідемічні та профілактичні заходи в акушерському стаціонарі з метою попередження подальшого розповсюдження інфекції.

2.4.1.12. В акушерському стаціонарі, де відсутній госпітальний епідеміолог, не пізніше наступного дня з моменту отримання екстреного повідомлення лікар-епідеміолог територіальної СЕС та співробітник пологового будинку (відділення), відповідальний за протиепідемічний режим, повинні провести детальне епідеміологічне розслідування щодо виявлення можливого джерела інфекції, шляхів та факторів передачі, організувати і здійснити заходи з метою попередження подальшого розповсюдження захворювання.

2.4.2. Виявлення факторів ризику виникнення ВЛІ

2.4.2.1. До факторів ризику виникнення ВЛІ в стаціонарі належать ендогенні та екзогенні фактори. Для новонароджених найбільш вагомими в розвитку ВЛІ є екзогенні фактори ризику.

2.4.2.2. Перинатальні:

- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез матері (тривале безпліддя, екстрагенітальна патологія, самовільне переривання вагітності);

- ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання вагітності, запальні уrogenітальні захворювання, гострі респіраторні захворювання, екстрагенітальна патологія);

- перинатальна персистенція цитомегаловірусу, вірусу гепатиту В, герпес-вірусу, ентеровірусів, ротавірусів в організмі матері, плода та новонародженого;

- інтра- та рання постнатальна колонізація новонародженого госпітальними штамами бактерій, що циркулюють у пологовому закладі.

2.4.2.3. Інтранатальні:

- ускладнення пологів (патологічні пологи, прееклампсія, еклампсія, акушерські втручання, кесарів розтин, гостра інтранатальна гіпоксія).

2.4.2.4. Постнатальні:

- температура в пологовому залі або в палаті спільного перебування матері та дитини нижче ніж 25°C;

- недотримання техніки миття та антисептики рук медичного персоналу;

- заходи реанімації та інтенсивної терапії у новонароджених (інтубація, штучна вентиляція легень, інфузійна терапія, катетеризація магістральних судин, харчування через зонд);

- передчасне народження;

- перинатальна асфіксія;

- перебування новонародженого в акушерському стаціонарі окремо від матері;

- штучне вигодовування;

- застосування катетерів, зондів, шприців багаторазового використання тощо;

- інфекційні ускладнення у породіль, післяопераційні інфекції, сепсис;

- порушення санітарно-гігієнічних вимог до режиму годування хворих і недоношених новонароджених.

- недотримання правил асептики та антисептики;

- порушення режимів дезінфекції та стерилізації;

- порушення санітарно-протиепідемічного режиму.

2.4.2.5. Екзогенні та ендогенні фактори ризику враховуються при постановці епідеміологічного діагнозу та при проведенні розрахунків захворюваності на ВЛІ і фонового рівня.

2.4.2.6. На виникнення ВЛІ, у тому числі спалаху, впливають аварійні чи інші ситуації, що сприяють контамінації мікроорганізмами абіотичних об'єктів внутрішнього середовища стаціонару.

2.4.2.7. Про виявлені аварійні ситуації, порушення водопостачання, опалювання та каналізаційної мережі персонал негайно інформує головного лікаря ЗОЗ, який організовує проведення заходів щодо негайного їх усунення та повідомляє головного державного санітарного лікаря адміністративної території.

2.4.2.8. До факторів ризику виникнення ВЛІ у медичного персоналу належать усі маніпуляції, пов'язані з можливим контактом з кров'ю та іншими біосубстратами.

2.4.3. Визначення фонового рівня захворюваності

Для об'єктивного аналізу захворюваності на ВЛІ з урахуванням епідеміологічних діагнозів встановлюється фоновий рівень захворюваності на ці інфекції, який неможливо встановити без повної реєстрації всіх доклінічних та клінічних випадків ГЗЗ (додаток 3 до цієї Інструкції).

2.4.4. Епідеміологічний аналіз

2.4.4.1. Епідеміологічний аналіз проводиться з використанням описових (дескриптивних) й аналітичних методів. Пріоритетним є застосування відповідних комп'ютерних програм.

2.4.4.2. Порівняння та аналіз даних щодо захворюваності на ВЛІ проводиться госпітальним епідеміологом за стратифікованими показниками з урахуванням ендо- та екзогенних факторів ризику (кількість ВЛІ на 100 або 1000 катетероднів, днів штучної вентиляції легень, кількість ендометритів на 100 або 1000 кесаревих розтинів тощо).

2.4.4.3. Для розрахунку стратифікованих показників як чисельника використовують кількість випадків ВЛІ за епідеміологічними діагнозами.

Як знаменники:

- кількість пацієнтів, що надійшли, виписались, померли;
- кількість прооперованих пацієнтів;
- кількість пацієнтів, яким проводилися конкретні інвазійні маніпуляції, що визначають ризик виникнення ВЛІ;

- кількість днів експозиції до інвазійних процедур, що визначають ризик виникнення ВЛІ (наприклад, днів штучної вентиляції легень, катетероднів тощо).

За потреби можна використовувати інші необхідні для аналізу показники.

2.4.4.4. Оперативний (поточний) аналіз захворюваності на ВЛІ проводиться на основі даних щоденної реєстрації всіх випадків ГЗЗ за епідеміологічним діагнозом.

2.4.4.5. У ході оперативного аналізу захворюваності проводиться оцінка поточного епідемічного стану в стаціонарі для вирішення питання про благополуччя або ускладнення епідситуації, а також адекватність проведених заходів або необхідності їх посилення.

2.4.4.6. Оперативний аналіз захворюваності на ВЛІ проводиться на підставі епідеміологічного діагнозу з урахуванням:

- нозологічної форми ГЗЗ;
- терміну виникнення захворювання;
- етіології захворювання;
- видового спектру колонізуючих агентів;
- результатів бактеріологічного дослідження проб з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару;
- ендо- та екзогенних факторів ризику;
- біологічних властивостей, у т.ч. антибіотикорезистентності штамів мікроорганізмів, які виділялися;
- кількості та асортименту антимікробних препаратів, які застосовувалися;
- складу акушерської бригади, що приймала пологи;
- дати пологів;
- дати виписки пацієнтів або переведення в інший стаціонар;
- переміщення пацієнтів у межах стаціонару (з палати в палату, з відділення у відділення);
- тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі;
- тривалості антибіотикотерапії із зазначенням назви препаратів, дози та способу введення.

2.4.4.7. Ретроспективний аналіз захворюваності на ВЛІ новонароджених та породіль проводиться за медичною документацією шляхом визначення наступних критеріїв:

- багатолітньої (не менше 3-5 років) динаміки захворюваності, її тенденції (зростання, зниження, стабілізації);
- даних помісячного та річного рівнів захворюваності;
- порівняльної характеристики захворюваності у відділеннях;
- структури захворюваності за локалізацією патологічного процесу та етіологічного фактору;

- аналізу видового складу мікроорганізмів, якими колонізуються немовлята у відділеннях інтенсивної терапії;
- аналізу видового складу мікроорганізмів, які виділяються з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару;
- антибіотикорезистентності виділених штамів мікроорганізмів;
- аналізу оперативних втручань у пологах і частоти ВЛІ, пов'язаних з ними;
- аналізу проведеної периопераційної антибіотикопрофілактики із зазначенням антибіотика, дози і методу його введення;
- співвідношення локальних і генералізованих форм ГЗЗ;
- захворюваності за термінами клінічних проявів (під час перебування в стаціонарі і після виписки);
- питомої ваги групових захворювань та аналізу захворюваності під час спалаху;
- аналізу летальності з урахуванням локалізації патологічного процесу та етіології;
- аналізу санітарно-епідеміологічного стану лікувального закладу.

2.4.4.8. При проведенні аналізу захворюваності новонароджених слід віддиференціювати ВЛІ від випадків реалізації внутрішньоутробної інфекції.

2.4.4.9. Після проведення ретроспективного аналізу захворюваності новонароджених та породіль визначають, урахувавши фоновий рівень захворюваності:

- закономірності епідемічного процесу ВЛІ;
- основні джерела інфекцій;
- основні фактори передачі інфекції;
- ефективність профілактичних і протиепідемічних заходів, які проводяться в акушерському стаціонарі;
- динамічні зміни видового спектру збудників і колонізуючих агентів, а також зміни їх чутливості до антибіотиків та дезінфектантів.

2.4.4.10. Унесення корективів у вже складену систему профілактичних та протиепідемічних заходів з метою попередження і забезпечення зниження захворюваності на ВЛІ проводять у таких випадках:

- зростання частоти випадків ГЗЗ порівняно з фоновим рівнем;
- виявлення змін у співвідношенні частки дітей, колонізованих умовно-патогенними мікроорганізмами (далі – УПМ), до дітей з ГЗЗ;
- виявлення змін у спектрі домінуючих видів мікроорганізмів, що викликають ГЗЗ, колонізуючих агентів, а також змін профілю їх антибіотикорезистентності;
- зростання частоти висіву УПМ з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару порівняно з фоновим;
- у разі превалювання в етіологічній структурі та серед колонізуючих агентів певного виду мікроорганізму;
- при виникненні спалаху ВЛІ;

- у разі реєстрації традиційних інфекцій у пацієнтів та персоналу (гострі кишкові інфекції, викликані патогенними ентеробактеріями, інфекції, що передаються повітряно-крапельним шляхом тощо);

- у разі виявлення стійкості мікроорганізмів до дезінфектантів, які застосовуються в акушерському стаціонарі;

- у разі виявлення госпітальних штамів стафілококку із стійкістю до метициліну (оксациліну) чи ванкомицину або ентерококків із стійкістю до ванкомицину, ентеробактерій із стійкістю до гентамицину і/або до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь, або неферментуючих бактерій із стійкістю до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь.

3. Мікробіологічний моніторинг

3.1. Мікробіологічний моніторинг здійснюється бактеріологічними лабораторіями ЗОЗ, у разі їх відсутності – бактеріологічними лабораторіями територіальних СЕС.

3.2. Відповідальним за організацію та здійснення мікробіологічного моніторингу в акушерському стаціонарі є головний лікар.

3.3. У відділеннях стаціонару відповідальними за збір та своєчасну доставку матеріалу для бактеріологічних досліджень є завідувачі відділеннями та старші медичні сестри.

3.4. Дані мікробіологічного моніторингу (видовий спектр збудників ВЛІ, колонізуючих агентів, антибіотикорезистентність та її профілі із зазначенням діаметрів зон затримки росту виділених мікроорганізмів навколо дисків з антибіотиками) збираються і аналізуються госпітальним епідеміологом, щомісяця розглядаються на засіданні КІК і доводяться до відома всіх співробітників стаціонару.

3.5. Перелік показань та обсяг мікробіологічних досліджень в стаціонарі визначаються КІК на підставі результатів епідеміологічного аналізу та затверджуються керівником ЗОЗ за погодженням СЕС.

3.6. Зразки біологічного матеріалу та проби з об'єктів внутрішнього середовища стаціонару відбираються одразу після виявлення ознак запального процесу відповідно до алгоритмів, які розробляються у стаціонарі спільно з бактеріологом, розглядаються на засіданні КІК і затверджуються головним лікарем (додаток 4 до цієї Інструкції).

3.7. Одним з основних компонентів мікробіологічного моніторингу є постійне стеження за етіологічною структурою усіх нозологічних форм ГЗЗ новонароджених і породіль. Дослідженню підлягає біологічний матеріал від пацієнтів, в т.ч. з підозрою на ВЛІ.

3.8. У відділеннях інтенсивної терапії новонароджені можуть колонізуватися госпітальними штамми УПМ. В цьому випадку діти є джерелом інфекції для інших пацієнтів, а також контамінації об'єктів внутрішнього середовища стаціонару.

Тому у новонароджених без ознак інфекції, які перебувають у палатах інтенсивної терапії проводиться дослідження біологічного матеріалу з метою стеження за видовим складом та антибіотикорезистентністю мікроорганізмів, які колонізують різні біотопи новонароджених.

Для бактеріологічного дослідження відбираються фекалії, матеріал із зіву, шлункового вмісту (у разі зондового харчування), вмісту трахеї та змив із внутрішньої поверхні інтубаційної трубки (у разі проведення штучної вентиляції легень) в першу добу при поступленні, на 3, 7 добу життя і далі щотижнево.

3.9. Встановлення патологічної колонізації УПМ (виділення однотипних видів УПМ з різного біологічного матеріалу, порушення у співвідношенні облігатної та транзиторної мікрофлори, виділення не характерного для обстежуваного біотопу УПМ, високий кількісний вміст УПМ) не може бути причиною затримки новонародженого в акушерському стаціонарі. Критерії кількісного вмісту УПМ в різному біологічному матеріалі наведені в додатку 5 до цієї Інструкції.

3.10. Поточний бакконтроль дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в акушерському стаціонарі здійснюється з частотою, яка визначається КІК у залежності від епідситуації в стаціонарі, але не менше 1 разу на місяць.

Мінімальний перелік мікроорганізмів, що підлягають визначенню: коагулазопозитивні стафілококи, представники родини Enterobacteriaceae, неферментуючі грамнегативні бактерії, дріжджоподібні гриби роду Candida.

3.11. Обсяг і перелік епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару визначається КІК у залежності від лікувально-діагностичного процесу у відділеннях, але щонайменше він включає: змиви з частин апаратів штучного дихання (дихальні маски, насадки, шланги кисневої підводки, маска мішка Амбу, маска та шланг наркозного апарата, крім одноразового використання), воду із зволожувачів, конденсат дихальних контурів, руки медичного персоналу безпосередньо перед початком виконання маніпуляції, молочні суміші у разі їх використання.

3.12. Мікробіологічний контроль стерильності проводиться у ЗОЗ 1 раз на місяць, територіальними СЕС або дезінфекційними станціями 1 раз в квартал.

3.13. Мікробіологічне дослідження матеріалів та інструментів одноразового використання здійснюється лише у разі підозри на їх причетність до виникнення ВЛІ.

3.14. Дослідженню на стерильність підлягають лише епідемічно значущі об'єкти внутрішнього середовища стаціонару:

- лікарські форми, які готуються в аптеках ЗОЗ;
- посуд для годування новонароджених;

- матеріал для перев'язування;
- матеріали для операційних в стерильних біксах;
- хірургічний інструментарій з накритого стерильного столу;
- анестезіологічний інструментарій;
- інші вироби медичного призначення після стерилізації.

3.15. У випадку ускладнення епідемічної ситуації перелік об'єктів, які підлягають санітарно-мікробіологічному дослідженню, може бути розширений.

3.16. У залежності від виду виділеного збудника або колонізуючого агента проводять визначення його чутливості до антибіотиків.

3.17. Для аналізу етіологічної структури та антибіотикорезистентності штамів мікроорганізмів, які виділяються, рекомендовано використання комп'ютерної програми WHONET, розробленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я з метою моніторингу за цими та іншими критеріями.

3.18. Госпітальним епідеміологом щомісячно на підставі результатів мікробіологічного моніторингу у кожному відділенні визначається етіологічна структура ВЛІ; видовий спектр УПМ, які колонізують новонароджених (відділення інтенсивної терапії); мікроорганізмів, які контамінують епідемічно значущі об'єкти внутрішнього середовища акушерського стаціонару, антибіотикорезистентність виділених мікроорганізмів та її профілі (додаток 5 до цієї Інструкції).

3.19. За результатами мікробіологічного моніторингу КІК розробляє рекомендації щодо визначення препаратів для проведення емпіричної антибіотикотерапії та периопераційної антибіотикопрофілактики.

Для проведення периопераційної антибіотикопрофілактики, емпіричної антибіотикотерапії не можуть застосовуватися препарати, до яких виявилось стійкими 25 % і більше штамів мікроорганізмів – збудників ГЗЗ.

3.20. При виділенні з біологічного матеріалу та об'єктів внутрішнього середовища стаціонару штамів одного виду мікроорганізму, які мають ідентичні за діаметрами зони затримки росту мікроорганізмів навколо дисків з аналогічними антибіотиками, профілі антибіотикорезистентності вирішується питання про формування госпітального штаму. Одночасно проводиться епідеміологічне типування виділених штамів (серо-, біо-, фаго- та за можливістю – генотипування).

3.21. Для визначення етіологічної структури ВЛІ новонароджених та породіль, які виникли після виписки із стаціонару, враховуються результати лабораторних досліджень, які надходять від дитячих поліклінік, лікарень, жіночих консультацій, гінекологічних та хірургічних стаціонарів, прозектури та інших ЗОЗ.

3.22. У разі ідентичності видової належності та біологічних властивостей виділених від пацієнтів та циркулюючих у цьому стаціонарі штамів мікроорганізмів вирішується питання про екзогенне внутрішньолікарняне інфікування пацієнтів.

4. Профілактичні та протиепідемічні заходи

4.1. Профілактика ВЛІ у новонароджених та породіль включає впровадження ефективних акушерських технологій, заснованих на даних науково-доказової медицини, ведення пологів і післяпологового періоду, грудного вигодовування новонароджених, принципів інфекційного контролю, використання епідемічно безпечних алгоритмів виконання медичних маніпуляцій.

4.1.1. Нормальні пологи визначаються як чиста (не стерильна) процедура:

- перед прийомом пологів акушерка миє руки, надягає на чистий робочий одяг продезінфікований гумовий фартух, чистий халат, маску, окуляри (щиток), шапочку, проводить гігієнічну антисептику рук, надягає стерильні гумові рукавички;

- рекомендується присутність на пологах партнера або родичів за бажанням жінки;

- для роділлі, а також для партнера у пологах, присутнього на пологах, дозволяється використання чистого домашнього одягу, домашньої постільної білизни;

- до профілактичних та протиепідемічних заходів належить дотримання вимог ведення пологів, післяпологового періоду та догляду за новонародженим клінічних протоколів, затверджених наказами МОЗ;

- використання стерильного інструментарію та перев'язувального матеріалу для пологів.

4.1.2. Профілактика гіпотермії новонароджених є найважливішою умовою профілактики інфекційних ускладнень у них. Для дотримання теплового ланцюжка необхідно забезпечення таких вимог:

- в індивідуальному пологовому залі, пологових, сімейних пологових палатах, операційній повітря повинно бути чистим і теплим, без протягів. Оптимальна температура навколишнього середовища 25° С, при передчасних пологах - 28° С;

- за умови задовільного стану плода при народженні, відразу після пологів (до перетинання пуповини) акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує тіло та голову новонародженого стерильною, сухою або чистою випрасуваною домашньою, попередньо підігрітою пелюшкою;

- з метою колонізації новонародженого материнською мікрофлорою контакт «шкіра до шкіри» проводиться у пологовій/сімейній палаті (залі) не менше 2 годин за умови задовільного стану матері і дитини, після

висушування акушерка одягає на дитину чисті шапочку і шкарпетки та вкриває дитину сухою, попередньо підігрітою чистою пелюшкою і ковдрою;

- вимірювання температури тіла новонародженого в акселарній ділянці продезінфікованим електронним термометром через 30 хвилин після народження;

- профілактику офтальмії проводять із застосуванням рекомендованих препаратів із антибіотиками з дотриманням правил асептики та антисептики. Перевага надається використанню індивідуальних туб;

- накладання виключно одноразової стерильної клеми (при цьому обробка культі пуповини антисептиками або антибіотиками не проводиться), вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування дитини, первинний лікарський огляд проводять у пологовій/сімейній палаті (залі) на зігрітому сповивальному столі через 2 години;

- у разі ведення пологів в індивідуальному пологовому залі новонародженого разом з матір'ю переводять до індивідуальної післяпологової палати спільного перебування матері і дитини з дотриманням теплового ланцюжка;

- при переведенні дитини до іншого відділення (палати) необхідно забезпечити умови транспортування, які виключають виникнення гіпотермії;

- при проведенні операції кесаревого розтину новонароджений може викладатися на груди до батька (за умов його згоди та підготовленості до пологів, що сприяє колонізації новонародженого мікрофлорою родини і профілактиці колонізації новонародженого внутрішньолікарняною мікрофлорою) з наступною обробкою за загальними правилами. Транспортується новонароджений вкритим теплою ковдрою у куветі або дитячому ліжечку разом з мамою до відділення інтенсивної терапії для їх спільного перебування (реанімаційного відділення за наявності умов перебування однієї пари мати-дитина, наявності умивальника для підмивання дитини, сповивального столу) або, якщо немає протипоказань, - до палати спільного перебування матері і дитини;

- грудне вигодовування новонароджених за виключенням випадків протипоказань, встановлених діючими нормативними актами. Дитину, народжену шляхом операції кесаревого розтину, на її вимогу прикладає до грудей матері акушерка або медична сестра, що сприяє профілактиці інфекційних ускладнень післяпологового періоду, а також прискоренню періоду одужання та адаптації породіллі після операції. Такий підхід сприяє колонізації новонародженого мікрофлорою матері і профілактиці ВЛІ;

- проведення реанімації новонародженого в теплих умовах.

4.1.3. Мінімізація методів інвазивного втручання дозволяє значно знизити ризик внутрішньолікарняного інфікування як пацієнтів, так і медперсоналу. З цією метою дотримуються таких вимог:

- гоління волосся на лобку вагітної, випорожнюючі клізми рутинно не застосовуються;
- кількість внутрішніх акушерських досліджень повинна бути оптимально обмеженою згідно з партограмою;
- обмеження показань для медикаментозного знеболювання, чому сприяють партнерські пологи;
- кесарів розтин за показаннями відповідно до клінічного протоколу;
- слиз з ротової порожнини новонародженого відразу після народження видаляється лише за необхідності одноразовими стерильною грушею або катетером з електровідсмоктувачем;
- перевірка прохідності стравоходу у здорових новонароджених рутинно не проводиться;
- катетеризація сечового міхура породіллі проводиться лише за показаннями;
- обробка швів на промежині спеціальними розчинами не проводиться, достатньо дотримання жінкою правил особистої гігієни;
- виконання вимог клінічних протоколів проведення лікувально-діагностичних процедур.

4.1.4. Профілактика інфекцій при хірургічному втручанні включає:

- адекватне лікування соматичних і інфекційних захворювань на допологовому етапі;
- присутність в операційній лише персоналу, який задіяний у проведенні операції, а також у разі необхідності присутність осіб з навчальною метою;
- оптимізація показань до операції відповідно до клінічних протоколів;
- оптимізація терміну перебування вагітної в стаціонарі перед плановим оперативним втручанням;
- гоління волосся на лобку здійснюють за необхідності перед початком операції станком одноразового використання;
- проведення периопераційної антибіотикопрофілактики. У разі виникнення у пацієнтки ГЗЗ антибіотики, які використовувалися для периопераційної антибіотикопрофілактики, не застосовують для лікування;
- суворе дотримання правил і техніки хірургічної обробки рук медичного персоналу, використання стерильних гумових рукавичок;
- використання стерильної одноразової операційної білизни та стерильного одягу персоналу;

- адекватна обробка антисептиками операційного поля;
- дотримання режиму стерилізації хірургічного інструментарію;
- застосування стерильного перев'язувального матеріалу, стерильного сучасного шовного матеріалу одноразового використання;
- застосування оптимальних акушерських технологій;
- оптимізація показань до дренивання черевної порожнини. Дренаж вводять через окремий розріз (не через операційну рану);
- зміна пов'язки в післяопераційному періоді тільки в разі її намокання або забруднення. При цьому дотримуються всіх правил асептики та антисептики, а також технології перев'язок;
- дотримання протоколів ведення лікувально-профілактичних процедур.

4.1.5. Профілактика маститів у породіль та формування нормальної мікрофлори кишечника новонародженого здійснюється шляхом активної підтримки правил грудного вигодовування.

4.1.6. За умови перебування дитини у відділенні (палаті) інтенсивної терапії (окремо від матері) її годування здійснюють грудним материнським молоком із стерильних чашечки, ріжка, ложечки або через зонд одноразового використання. Матері дозволяється відвідувати дитину або перебувати разом з нею та здійснювати можливі види догляду за нею для психологічної підтримки одужування новонародженого.

4.1.7. Одним з найважливіших факторів попередження виникнення ВЛІ є індивідуально спільне перебування матері і дитини (мати-дитина в окремій палаті), а також мінімальне втручання медперсоналу в процес догляду за новонародженим. Якщо жінка не може самотійно доглядати дитину, їй можуть допомагати члени родини, медичний персонал. Дотримання правил гігієни рук є обов'язковим.

Абсолютними протипоказаннями для спільного перебування матері та новонародженого є відкрита форма туберкульозу та психічні захворювання матері.

Медична сестра післяпологового відділення навчає матір та членів родини, які здійснюють догляд за новонародженим, елементам догляду, техніці миття рук, а також контролює їх виконання.

4.2. Профілактика ВЛІ новонароджених у відділенні інтенсивної терапії включає:

- залучення матері або членів родини до догляду та годування дитини;
- дотримання епідемічно безпечних алгоритмів проведення медичних маніпуляцій;
- адекватна дезінфекція і стерилізація інструментарію;

- адекватна згідно з рекомендаціями виробника дезінфекція обладнання для інтенсивної терапії новонароджених;
- дотримання методики обробки рук медичного персоналу та пацієнтів, використання медичних рукавичок (додаток 6 до цієї Інструкції);
- оптимізація показань до застосування штучної вентиляції легень, внутрішньосудинних, сечових, шлункових катетерів та інших методів інвазивного втручання;
- своєчасна постановка епідеміологічного та клінічного діагнозів;
- адекватна терапія основного захворювання;
- раціональне застосування антибіотиків;
- належний сестринський догляд;
- дотримання рекомендованих клінічних протоколів проведення лікувально-діагностичних процедур;
- використання одноразових стерильних інтубаційних трубок, пуповинних і сечових катетерів та катетерів для відсмоктування слизу;
- своєчасність переведення хворих дітей до спеціалізованих стаціонарів. Новонароджені з інфекційними, гнійно-запальними захворюваннями, з підозрою на хірургічну патологію, що потребує невідкладної допомоги, переводяться до спеціалізованих дитячих стаціонарів відразу після встановлення діагнозу.

4.3. Термін виписки з акушерського стаціонару при ускладнених пологах визначається станом здоров'я матері та дитини. Виписка проводиться з пуповинним залишком у новонародженого.

4.4. Профілактика передачі ВІЛ, вірусів гепатитів В та С від інфікованої матері до дитини проводиться згідно з діючими нормативними актами.

4.4.1. Методи профілактики передачі вірусу гепатиту С (далі - ВГС) від інфікованої матері до дитини суттєво не відрізняються від методів, що використовують для попередження передачі ВІЛ. Знижують ризик народження інфікованої дитини планова повноцінна медикаментозна профілактика, ведення пологів за клінічним протоколом, зменшення кількості інвазивних процедур під час пологів.

4.4.2. Відмова від грудного годування рекомендується ВІЛ-інфікованим породіллям і лише при наявності у матері високого рівня вірусного навантаження (більш 10^6 копій РНК ВГС у мл сироватки крові).

4.4.3. Наявність у матері тільки антитіл до ВГС не є фактором ризику щодо інфікування дитини для проведення додаткових заходів (наприклад, кесарева розтину), у таких випадках необхідно визначати вірусне навантаження. Діти, народжені від інфікованих ВГС матерів, підлягають диспансерному нагляду та обстеженню на наявність анти-НСV у віці 12 та 18 місяців.

5. Санітарно-протиепідемічні заходи

Профілактика ВЛІ в значній мірі залежить від дотримання правил і техніки миття та антисептики рук як медичним персоналом, так і породіллею та членами її родини, які доглядають за дитиною, дотримання універсальних заходів безпеки, а також норм і правил санітарно-протиепідемічного режиму.

5.1. У приймальному відділенні нагадують жінці та партнеру в пологах про необхідність дотримання сучасних підходів до пологів (партнерські пологи виконують не спостережливу функцію, а психологічну підтримку роділлі, породіллі та новонародженого), переваги грудного вигодування. У відділенні розміщують яскраві інформаційні матеріали.

5.1.1. У приймальному відділенні створюють умови для переодягання жінки на пологи, а також збору та зберігання одягу. Вагітна одягає чистий домашній одяг та взуття. В акушерських стаціонарах дозволяється користуватися дитячими підгузниками і жіночими гігієнічними пакетами промислового виробництва.

За відсутності домашнього одягу вагітну забезпечують рушником, чистою натільною білизною, халатом, взуттям, яке піддається дезінфекції (відповідно до підпункту 5.4.8 цієї Інструкції). Під час прийому вагітної акушерка працює в одноразових рукавичках.

5.1.2. Партнер на пологи переодягається в чистий домашній одяг та змінне взуття. Можливо застосування халатів, бахіл одноразового використання.

5.1.3. Персонал приймального відділення візуально оцінює придатність домашньої білизни та одягу для жінки, новонародженого і партнера для використання під час пологів, післяпологового перебування.

5.1.4. Після опитування вагітної жінки або роділлі акушерка вимірює її температуру тіла, вагу, оглядає шкіру та зів на наявність запалення, волосся на голові на наявність педикульозу.

Огляд вагітної здійснюють на тапчані, застеленому клейонкою та індивідуальною (лікарняною чи особистою) пелюшкою. Після огляду кожної жінки пелюшку замінюють, а клейонку знезаражують. Термометри та одноразові шпателі після використання занурюють у ємкості з дезрозчином. Поверхні після контакту з кожною пацієнткою обробляють дезінфекційними засобами, призначеними для обробки поверхонь.

5.1.5. Усі пацієнтки приймають душ, використовуючи індивідуальні: мило, мочалку, рушник.

5.1.6. При виявленні педикульозу застосовують протипедикульозні засоби, що зареєстровані в Україні.

5.1.7. Роділь із відділення патології вагітності переводять для пологів безпосередньо до індивідуальної/сімейної пологової палати, залу, операційної.

5.2. Прибирання приміщень

5.2.1. Вологе прибирання приміщень акушерського стаціонару проводиться за необхідності, але не менше 2 разів на добу, з них 1 раз із застосуванням миючих засобів. Замість кварцювання приміщень проводиться їх провітрювання.

5.2.2. Індивідуальні/сімейні пологові палати, зали, післяпологові палати, палати окремого перебування роділь та породіль з інфекційними захворюваннями після виписки або переведення пацієнтів до інших стаціонарів прибираються за типом заключної дезінфекції з наступним провітрюванням. Штори, занавіси, штучні квіти, плакати, якщо вони не забруднені біологічною рідиною, дезінфекції не підлягають. Їх обробку проводять за необхідністю.

5.2.3. Після кожної операції проводиться прибирання за типом заключної дезінфекції з наступним провітрюванням. Генеральне прибирання операційних та маніпуляційних проводиться згідно з графіком, затвердженим завідувачем відділення (не рідше 1 разу на 7 днів).

5.2.4. Інвентар для прибирання (відра, тази, ганчірки) після обробки приміщення ретельно вимивають з використанням мийних засобів, виполіскують і висушують. Палати для госпіталізації роділь та породіль з інфекційними захворюваннями мають прибиратися окремими комплектами інвентарю з застосуванням деззасобів, які можна використовувати в присутності пацієнтів.

5.2.5. У кожному відділенні достатньо мати два комплекти інвентарю для прибирання: окремо для прибирання санітарних кімнат, окремо для інших приміщень відділення. Інвентар для прибирання зберігають в санітарній кімнаті кожного відділення.

Пріоритетним є використання сучасних приладів (комплектів-візочків) для прибирання з дозованим застосуванням мийних засобів.

5.3. Збір, дезінфекція, передстерилізаційна очистка інструментарію, стерилізація.

5.3.1. У стаціонарі розробляються і затверджуються головним лікарем епідемічно безпечні алгоритми збору та видалення з відділень медичних відходів, в тому числі потенційно інфікованих: матеріали і інструменти, забруднені виділеннями, в т.ч. кров'ю, виділення пацієнтів, патологоанатомічні відходи, операційні відходи (органи, тканини і т.п.), всі відходи від пацієнтів з інфекційними захворюваннями (у т.ч. харчові).

Правила поводження з відходами та навчання медичного персоналу з цих питань мають бути включені до програм з ІК кожного стаціонару, відповідальний за виконання цих заходів має бути членом КІК. Після маніпуляції вироби медичного призначення негайно занурюють у дезінфекційний розчин.

Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення проводиться у централізованому стерилізаційному відділенні, за його відсутності - у приміщенні, де проводиться дезінфекція обладнання.

5.3.2. Забороняється тримати ємкості з дезрозчином у приміщеннях, де постійно перебувають пацієнти. Ємкості з дезрозчином ввозять на візках безпосередньо перед виконанням маніпуляцій.

5.3.3. У маніпуляційних необхідно мати медичні ємкості (із решітками всередині) з дезрозчином для:

- замочування інструментів багаторазового використання;
- замочування м'якого інвентарю, перев'язувального матеріалу та гумових рукавичок, шприців, систем для переливання крові та розчинів, гострого та ріжучого інструментарію одноразового використання.

5.3.4. Дезінфекцію, передстерилізаційну очистку медичного інструментарію та обладнання проводять у спеціально виділеному приміщенні, обладнаному відповідно до вимог безпеки умов праці та розробленим епідемічно безпечним алгоритмам проведення даної процедури.

Використовують засоби, зареєстровані в Україні. Їх застосовують згідно з регламентом і інструкції по експлуатації відповідного обладнання.

5.3.5. Медперсонал, який проводить дезінфекцію, передстерилізаційну очистку інструментарію та обладнання використовує засоби індивідуального захисту. Працює в захисному одязі, в тому числі у фартусі із водонепроникаючого матеріалу, побутових рукавичках, шапочці, масці, захисних окулярах (щитках), взутті, яке не пропускає воду. Пересування в цих засобах захисту по відділеннях акушерського стаціонару забороняється.

5.3.6. Контроль якості процесу стерилізації у стаціонарі проводиться постійно з використанням тестів промислового виготовлення, зареєстрованих в Україні, які дозволяють контролювати температуру, експозицію, тиск та ефективність стерилізації.

5.4. Порядок збору використаної білизни, обробки транспорту, зберігання чистої білизни:

5.4.1. Використана домашня білизна роділлі і новонародженого віддається додому без попереднього знезараження у поліетиленових пакетах.

5.4.2. Використану лікарняну білизну збирають в поліетиленовий або прогумований мішок і виносять в окрему кімнату для використаної білизни.

Використану лікарняну білизну негайно видаляють із відділення для сортування до спеціально виділеного приміщення поза функціональними підрозділами акушерського стаціонару.

5.4.3. Сортування використаної лікарняної білизни проводять у захисному одязі, гумових рукавичках, гумовому фартусі, шапочці, масці, взутті, яке піддається дезінфекції. Білизну після сортування складають у

бавовняний мішок, який розміщують у гумовий або поліетиленовий одноразовий мішок і у такому вигляді доставляють до пральні.

5.4.4. Після передачі білизни до пральні у приміщенні проводиться прибирання із використанням дезінфекційних засобів. Проводиться дезінфекція фартуха та взуття. Гумові рукавички після дезінфекції видаляються із стаціонару за загальною схемою.

5.4.5. Гумові або поліетиленові одноразові мішки, в яких доставлялася брудна білизна, підлягають дезінфекції шляхом занурення у дезрозчин.

5.4.6. У пральні пологового будинку слід виділити окремі ємкості для замочування у дезрозчинах і окрему пральну машину для прання білизни новонароджених та породіль. Білизну акушерського стаціонару необхідно прати окремо від білизни інших відділень багатопрофільної лікарні. У комунальній пральні прання білизни акушерського стаціонару необхідно здійснювати у спеціально виділені дні або в окремій машині.

Потоки чистої і брудної білизни під час обробки та прання не повинні перехрещуватись.

5.4.7. Випрану, висушену, випрасувану білизну складають у випраний і прокип'ячений тканинний мішок, який розміщують в клейончастий або прогумований мішок. У відділення білизна потрапляє у внутрішньому мішку, із якого її витягають і розміщують на спеціальних стелажах в кімнаті для зберігання чистої білизни. Використані мішки передають у приміщення для сортування брудної білизни.

5.4.8. Випрану лікарняну натільну білизну для роділь і породіль, лікарняну білизну для новонароджених комплектують в індивідуальні пакети і стерилізують. Після стерилізації білизна має бути сухою. Індивідуальні пакети розглядають не як «стерильні», а як «простерилізовані» (чисті).

5.4.9. Перед отриманням і видачею чистої білизни сестра-господарка миє руки теплою водою з милом, одягає чистий халат.

5.4.10. Подушки, ковдри, матраци, обшиті клейонкою, в разі її цілісності, обробляються деззасобами, не обшиті клейонкою - знезаражуються в дезінфекційній камері.

5.4.11. Прання робочого одягу медичного персоналу акушерського стаціонару здійснюють при температурі 90° С (можна використовувати у стаціонарі побутові автоматичні пральні машини). Після цього проводиться його праска.

6. Профілактика ВЛІ у медичного персоналу

6.1. Відповідальність за наявність умов та здійснення заходів щодо охорони здоров'я медичного персоналу несе головний лікар стаціонару.

6.2. При прийомі на роботу медичний персонал інформується про фактори ризику при виконанні своїх професійних обов'язків, дотримання

правил попередження професійних захворювань. У подальшому не менш 1 разу на 6 місяців весь медичний персонал повинен проходити інструктаж з питань профілактики ВЛІ у медперсоналу та безпеки праці, 1 раз на місяць – навчання за розробленою у стаціонарі програмою.

6.3. В акушерському стаціонарі 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.

6.4. Проводиться скринінг медичного персоналу на наявність захворювань за таким порядком (лікарів, медичних сестер, акушерок, молодшого медичного персоналу):

Обстеження	При прийомі на роботу	Періодичність
Лікаря-терапевта	+	1 раз у рік
Лікаря - дерматовенеролога	+	1 раз у рік
Лікаря - стоматолога	+	2 рази у рік
Лікаря - отоляринголога	+	2 рази у рік
Флюорографія	+	1 раз у рік
Дослідження крові на сифіліс	+	1 раз у рік
Носійство збудників кишкових інфекцій	+	-
Серологічне дослідження крові на черевний тиф	+	-

6.5. При виникненні спалаху ВЛІ обстеження медичного персоналу проводиться у залежності від етіологічного фактору ВЛІ (відповідно до пункту 11 Порядку розслідування та ліквідації спалаху внутрішньолікарняних інфекцій серед роділь, породіль та новонароджених в акушерських стаціонарах, затвердженого наказом МОЗ від 10.05.2007 № 234)

6.5.1. У разі підвищення рівня захворюваності, етіологічним чинником якої є *S.aureus*, або при виникненні спалаху, викликаному *S.aureus*, медичний персонал обстежується на носійство стафілококу. У разі виділення штаму стафілококу, який ідентичний за біологічними властивостями, в тому числі профілями антибіотикорезистентності, із збудником інфекції, медичний працівник повинен бути адекватно пролікований (препаратами на основі

мупіроцину за повною схемою).

6.5.2. У разі виділення з носоглотки обстежених безсимптомного носія штаму *S.aureus*, який має стійкість до метициліну, працівник повинен бути адекватно пролікований антибактеріальними препаратами (препаратами на основі мупіроцину, який застосовується місцево за скороченою схемою).

6.6. Планове обстеження на наявність HBsAg щепленого проти гепатиту В медичного персоналу не проводиться.

6.7. Персонал акушерських стаціонарів, як і інші медичні працівники, є групою ризику щодо інфікування збудниками, які передаються через кров. З метою запобігання професійним зараженням різними патогенами (віруси гепатитів В, С, D, ВІЛ та ін.) під час прийому пологів або проведення медичних маніпуляцій, які пов'язані з контактами з кров'ю або іншими біосубстратами організму пацієнта, персонал дотримується універсальних заходів безпеки.

Кожного пацієнта, незалежно від діагнозу, розглядають як потенційне джерело збудників інфекцій, в тому числі, що передаються через кров.

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

6.9. 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 видаленні з відділення гострого та ріжучого медичного інструментарію;

- дотримання правил і техніки миття та антисептики рук.

6.10. Персонал щоденно перед початком роботи одягає робочий чистий одяг (халат або костюм, взуття, що піддається дезінфекції).

6.11. Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, потрапляння на них біосубстратів пацієнтів кваліфікується, як можливий контакт з матеріалом, який містить небезпечний інфекційний агент.

При попаданні 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.

6.12. За умови, якщо медичний працівник, щеплений проти гепатиту В, визначають титр захисних антитіл. Показник менше 10 МО/л свідчить про необхідність введення бустерної дози вакцини.

6.13. 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 місяців, через 12 місяців вводять бустерну дозу вакцини.

6.14. У випадку професійної аварії, яка мала місце під час роботи з ВІЛ-інфікованим або біоматеріалом від ВІЛ-інфікованого, проводиться екстрена післяконтактна профілактика згідно з чинними нормативними актами.

6.15. У кожному структурному підрозділі акушерського стаціонару необхідно вести форму облікової звітності № 108-о «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом», затверджену наказом МОЗ від 25.05.2000 № 120, зареєстрованим у Мін'юсті 14.11.2000 за № 819/5040.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги
населенню
Моїсеєнко Р.О.**

**Директор Департаменту
державного санітарно-
епідеміологічного нагляду
Пономаренко А.М.**

Додаток 1
До Інструкції з організації та
впровадження системи інфекційного
контролю в акушерських стаціонарах

Примірна карта активного епідеміологічного нагляду за результатами хірургічних операцій

Відмічається кожна ознака, виявлена в момент проведення перев'язки. Наявність окремих ознак інфекції не є діагнозом інфекції області хірургічного втручання

Чергова медична сестра _____

Дата _____

Прізвище, ім'я, по батькові	Почервоніння тканин навколо рани	Місцева температурна реакція	Біль в ділянці рани	Обмежений набряк	Довільне розходження країв рани ¹	Характер виділень із розрізу	Характер виділень із глибоких тканин	Характер виділень із дренажу	Абсцес швів ²	Хірург відкриває рану	Наявність дренажу	Забір матеріалу для бактеріологічного обстеження	Температура тіла	Примітки (проведення перев'язки в «гнійній» перев'язочній)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Примірна карта епідеміологічного спостереження за виникненням ознак ГЗЗ у новонароджених у палаті спільного перебування матері і дитини

Чергова медична сестра _____

Дата _____

Прізвище, ім'я, по батькові	Палага	Доба перебування в палаті	Стан слизових оболонок очей					Шкіряні покриви		Пупочна ранка			Хрипи	Утруднене носове дихання	Зригування, блювота	Часте випорожнення кишечника (скільки разів на добу із зміненою консистенцією, кольором, запахом)	Температура	Лейкоцитоз	Антибактеріальна терапія матері/дитини. Антибіотик/доза, спосіб введення	Інші ознаки (вказати)
			набряк	гіперемія	сльозотеча	слиз	гній	везикуло-пустульоз	підермія	набряк, еритема	вологе дно	гнійні виділення								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

¹ Відмічайте тільки в той день, коли це трапилось, і тільки тоді, коли це відбулося спонтанно, без втручання хірурга.

² Абсцес швів – мінімальне запалення або виділення, обмежене пунктами проникнення шовного матеріалу.

Примірна карта епідеміологічного спостереження за виникненням ознак ГЗЗ у породіль

Прізвище, ім'я, по батькові	Доба	Температура		Пульс	Стан швів					Стан молочної залози				Виділення з матки			Призначення			
		зранку	увечері		локальний набряк	локальний біль	почервоніння	розходження	гній	патологічний лактостаз	тріщини соска	локальна болісність	інфільтрація	значні	незначні	із запахом, гнійні	інфузії	антибіотики	перев'язки	фізіопроцедури
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Акушерка _____

Дата _____

Примірна карта активного епідеміологічного спостереження за інфекціями області хірургічного втручання після операції кесарева розтину

Прізвище, ім'я, по батькові	Доба після- операційного періоду	Почервоніння	Жар	Біль	Обмежений набряк	Самовільне розходження швів ¹	Хірург відкриває рану	Гній з розрізу	Гній з глибоких тканин	Гній з дренажа	Абсцес швів ²	Забір біологічного матеріалу для бакдослідження	Дата перев'язки	Примітки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Акушерка _____

Дата _____

Примітка. Відмічайте кожну ознаку, яка є на момент здійснення перев'язки.

¹ відмічайте тільки в той день, коли це трапилось, і тільки тоді, коли це трапилось спонтанно, без втручання хірурга;² абсцес швів – мінімальне запалення або виділення, обмежене місцями проникнення шовного матеріалу.

Примірна карта епідеміологічного спостереження у палаті інтенсивної терапії новонароджених

Прізвище дитини	Доба	Інвазивні маніпуляції											
		Судинні катетери		Сечовий катетер (кількість)	Маніпуляції в ділянці трахеї і bronхів				Маніпуляції в ділянці травлення			Внутрішньом'язеві ін'єкції	Антибіотики (назва, доза, спосіб введення)
		Пупочний (кількість годин катетеризації)	Периферійний (кількість годин). Відмітити перестановку катетера в іншу		пряма bronхоскопія (кількість)	інтубація (кількість)	санація ТБД (кількість)	ШВЛ (кількість годин)	зондове харчування (перорале введення ліків)	промивання шлунку	клізми, газовивідні трубки		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продовження таблиці

Ознаки гнійно-запального захворювання																	
Інфекція шкіри та підшкірної клітковини			Інфекція дихальних шляхів		Інфекція пуповинної ранки та судин				Інфекція ШКТ			Інфекція очей			Інші ознаки		
везикулопустулез	підермія	локальне запалення	збільшення виділення мокротиння	хрипи, віддишка	набряк, еритема навколопупочної ділянки	волога пупочна ранка	гнійні виділення з пупочної ранки	флебіг пупочної вени	відсутність пери- стальтики, стулу	стул більше 10 разів із зміною консистен- ції, кольору, запаху	зригування, блювота	сльозотеча	набряк, почервоні- ння повік, кон'юнк- тиви	виділення гною, слизу	лейкоцитоз у крові, нейтрофільний “ЗСУВ”	температура	призначення антибіотиків
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Начальник відділу охорони
здоров'я матерів та дітей

Жилка Н.Я.

Начальник відділу епідемічного
благополуччя населення - заступник директора
департаменту
Мухарська Л.М.

Додаток 2
до Інструкції з організації та
впровадження системи
інфекційного контролю в
акушерських стаціонарах

СТАНДАРТНІ ВИЗНАЧЕННЯ випадку внутрішньолікарняної інфекції

Стандартні визначення випадку внутрішньолікарняної інфекції (далі – ВЛІ) – сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. Стандартні визначення випадку призначені для епідеміологічної діагностики, не використовуються для постановки клінічного діагнозу та вибору лікування

Стандартні визначення випадку ВЛІ у породіль

Післяродовий ендометрит:

Наявність у породіллі не менше 2 із приведених критеріїв є основою для постановки діагнозу ендометриту:

- лихоманка ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$);
- болючість матки;
- патологічні виділення із матки.

Інфекція в ділянці хірургічного втручання (кесарів розтин, епізіотомія, накладання швів на розриви ділянці промежини, піхви, шийки матки).

Поверхнева раньова інфекція

1. Інфекційний процес шкіри і (або) підшкірної клітковини в ділянці розрізу.

2. Має місце хоч би одна із таких ознак запалення:

- гнійні виділення із поверхневого розрізу;
- виділення культури мікроорганізму із джерела запалення в кількості $> 10^3$ колонієутворювальних одиниць (далі – КУО) (при умові дотримання правильної техніки забору матеріалу);

- обмежена болючість, набряк, почервоніння;
- неспроможність шва (самостійне розходження країв рани);
- намір розкрити рану (при наявності позитивних результатів мікробіологічного дослідження).

Глибока ранева інфекція

Уражує глибокі м'які тканини в ділянці хірургічного втручання, але не орган чи порожнину.

Має місце хоч би одна із таких ознак:

- гнійні виділення із глибини розрізу в ділянці втручання;

- виділення культури мікроорганізму, отриманої з дотриманням асептики;
- неспроможність шва (самостійне розходження країв рани) при наявності будь-якої із наведених ознак: лихоманка > 37.5 °С, локальний біль, інфільтрація, почервоніння;
- розкриття рани хірургом при наявності будь-якого із перерахованих критеріїв: лихоманка $> 37,5$ °С, локальна болючість, інфільтрація, почервоніння;
- при повторному оперативному втручанні або при допомозі інструментальних методів діагностики знайдено гнійне вогнище (абсцес, флегмона або інші ознаки інфекції).

Інфекція органу і порожнини після операції кесаревого розтину

Інфекція залучає матку і органи черевної порожнини (перитонії, абсцеси малого газу, тромбофлебіт глибоких вен малого газу):

1. Гнійні виділення по дренажу з черевної порожнини або із матки.
2. Виділення культури мікроорганізму з виділень дренажів або із матки.
3. Наявність ознак запалення при патогістологічному дослідженні матеріалу, отриманого при вишкрібанні порожнини матки, яке проводилось з лікувальною метою.
4. Неспроможність швів на матці, виявлена при ультразвуковому дослідженні (далі –УЗД).
5. Проводиться повторне оперативне втручання, під час якого виявлені ознаки інфекційного процесу в ділянці матки або черевної порожнини.

II. Стандартні визначення випадку інфекцій у новонароджених

Трахеобронхіт

При відсутності ознак пневмонії у пацієнта є принаймні два з таких критеріїв:

1. Поява чи посилення продукції мокротиння.
2. Зміна характеру мокротиння.
3. Виділення мікроорганізмів з мокротиння.

Пневмонія

Діагноз «пневмонія» повинний відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

Критерій 1:

Наявність у дитини 2 з перерахованих ознак: апное, тахіпное, брадикардія, хрипів, кашлю та наявність хоча б однієї з перерахованих нижче обставин:

- підвищене виділення секретів бронхів;
- поява гнійного мокротиння або зміна характеру мокротиння;
- виділення патогенного мікроорганізму з крові;

- виділення патогенного мікроорганізму в зразках, отриманих за методом транстрахеальної аспірації, змивів з бронхів або при біопсії;
- діагностично значущий титр антитіл класу IgM або чотирьохкратне зростання в парних зразках сироватки крові рівня антитіл класу IgG до патогену;
- гістопатологічні дані, що підтверджують наявність пневмонії.

Критерій 2:

Рентгенологічні дослідження грудної клітки виявляють інфільтрацію, що знову виникає або прогресує, ущільнення, утворення плевральних зрощень або плевральний випіт та наявність хоча б однієї з перерахованих нижче обставин:

- наростання кількості мокротиння;
- поява гнійного мокротиння або зміна характеру мокротиння, що виділяється;
- виділення патогенного мікроорганізму з крові;
- виділення патогенного мікроорганізму в зразках, отриманих методом транстрахеальної аспірації, змивів з бронхів або при біопсії;
- гістопатологічні дані, що підтверджують наявність пневмонії.

Інфекції сечовивідних шляхів

Діагноз інфекції сечовивідних шляхів повинен відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

Критерій 1:

Наявність у дитини хоча б однієї з перерахованих нижче ознак: лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$), гіпотермія ($<37^{\circ}\text{C}$), апное, брадикардія, дизурія, сонливість або блювота, а **також** виділення з сечі $\geq 10^5$ КУО/мл (не більше 2 видів мікроорганізмів);

Критерій 2:

Наявність у дитини хоча б одного з перерахованих нижче ознак: лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$), гіпотермія ($<37^{\circ}\text{C}$), апное, брадикардія, дизурія, сонливість або блювота та наявність одного з перерахованих нижче обставин:

- позитивні результати тесту Dipstick на естеразу лейкоцитів та/або нітрат;
- піурія;
- виявлення мікроорганізмів у препаратах зразків нецентрифугованої сечі, забарвлених за Грамом;
- двократний висів одного й того самого уропатогенного мікроорганізму в кількості $\geq 10^2$ КУО/мл сечі;
- позитивний висів одного виду уропатогенного мікроорганізму в кількості $\leq 10^5$ КУО/мл у хворого, який отримує відповідну антимікробну терапію;
- діагноз, установлений лікарем;
- призначення відповідної антимікробної терапії.

Інфекція шлунково-кишкового тракту

Діагноз інфекції шлунково-кишкового тракту (далі - ШКТ) повинен відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

Критерій 1:

Абсцес або інші прояви інфекції, що спостерігаються під час хірургічного втручання або підтверджені гістопатологічними даними;

Критерій 2:

Маються, принаймні, дві з нижче перерахованих ознак, не пояснених ніякими іншими відомими причинами:

- зміна характеру і частішання випорожнень до 6 і більше разів протягом 2 діб;

- виділення мікроорганізмів у посівах шлункового вмісту;

- здуття живота, блювота, застій, відсутність випорожнень протягом 1 доби, зміна толерантності до харчування.

Перитоніт

Діагноз перитоніту повинний відповідати принаймні трьом з нижче перерахованих критеріїв:

1. Парез кишечника: відсутність випорожнень протягом 1 доби, відсутність перистальтики.

2. Зміна стану шкіри передньої черевної стінки (гіперемія, набряк, інфільтрація).

3. Зміни в клінічному аналізі крові, що свідчать про запальні процеси.

4. Рентгенологічні ознаки випоту в черевній порожнині чи вільного газу.

Бактеріємія

Наявність бактерій у крові, що підтверджено позитивною гемокультурою при відсутності ознак септичного стану.

Сепсис

Діагноз сепсису повинний відповідати принаймні трьом з нижче перерахованих критеріїв (якщо немає інших явних причин появи даних ознак):

1. Позитивний бактеріальний висів з крові чи ліквору і позитивний висів того самого збудника з двох і більше біосубстратів.

2. Стійкий, більше 12 годин, метаболічний ацидоз (з $VO \leq 8$ чи/і $pH < 7.2$).

3. Гіпоглікемія ($2,2$ ммоль/л), що вимагає інфузії глюкози.

4. Гіперглікемія ($>10,0$ ммоль/л) тривалістю більше 12 годин.

5. Порушення функції ШКТ: зміна характеру і частоти випорожнень, здуття живота, блювота, застій, відсутність випорожнень протягом 1 доби, зміна толерантності до харчування, парез кишечника, пневмоперитонеум.

6. Зміни на шкірі і слизових: рання чи тривала жовтяниця (більше 10 дня життя), підвищена кровоточивість слизових, мацерації, геморагічний висип.

7. Кількість лейкоцитів крові <5000 чи >25000 /мм³ у перший тиждень життя більше двох досліджень підряд.

8. Неадекватна лікуванню картина червоної крові чи наростаюча анемія.

9. Тромбоцитопенія менше 70000 і/чи наявність деградації тромбоцитів і ознак недостатності периферичного кровообігу – симптом «білої плями» чи «розтирання шкіри» > 3 секунд.

10. Лікар призначає відповідну антимікробну терапію з приводу сепсису.

Септичний шок

Діагноз септичного шоку повинен відповідати таким ознакам:

1. Наявність сепсису.

2. Недостатність центральної гемодинаміки і/чи наявність геморагічного синдрому.

Інфекція шкіри

Інфекція шкіри повинна відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

критерій 1:

гнієвитікання, пустульозний висип, пухирцеві висипання чи фурункули;

критерій 2:

є принаймні дві з нижче перерахованих ознак в інфікованій області: локалізований біль, хворобливість, припухлість, почервоніння, жар і хоча б одна з перерахованих нижче обставин:

- виділення мікроорганізму при посіві аспірата або виділень з області інфікування (при виявленні мікроорганізмів нормальної флори шкіри необхідно одержати чисту культуру одного мікроорганізму);

- виділення мікроорганізму в посіві крові.

Омфаліт

Діагноз омфаліта немовлят (у віці <30 днів) повинний відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

критерій 1:

еритема і/або виділення сукровиці з пупочної ямки і хоча б одна з перерахованих обставин:

- виділення мікроорганізму в посіві аспірата або виділень;

- виділення мікроорганізму з крові;

критерій 2:

еритема і гноєвитікання з пупочної ямки.

Кон'юнктивіт

Діагноз кон'юнктивіту повинний відповідати хоча б одному з таких критеріїв:

критерій 1:

виділення мікроорганізму в посівах гнійного ексудату, отриманих з кон'юнктиви ока чи прилеглих тканин (повік, роговиці, мейбомієвих залоз чи слізних залоз);

критерій 2:

відчуття болю чи почервоніння кон'юнктиви тканин, що оточують очне яблуко і хоча б одна з перерахованих обставин:

- наявність лейкоцитів і патогенних мікроорганізмів у забарвлених за Грамом мазках ексудата;
- гнійний ексудат.

Інфекції центральної нервової системи

До інфекцій центральної нервової системи належать менінгіт, вентрикуліт, абсцес головного мозку, субдуральна чи епідуральна інфекція, енцефаліт.

Інтракраніальні інфекції

Діагнози інтракраніальних інфекцій (абсцес головного мозку, субдуральна чи епідуральна інфекція, енцефаліт) повинні відповідати принаймні двом з нижче перерахованих ознак, непояснених ніякими іншими відомими причинами: апное, локалізовані неврологічні прояви, клонічні судоми і хоча б одна з перерахованих обставин:

1. Дані УЗД, що підтверджують наявність інфекції.
2. Зміни в аналізі крові, що відповідають запальному процесу.

Менінгіт чи вентрикуліт

Є принаймні дві з нижче перерахованих ознак, непояснених ніякими іншими відомими причинами: апное, ригідність шийних м'язів, менінгіальні прояви, позитивний симптом підвішування, клініко-тонічні судоми і хоча б одна з перерахованих обставин:

1. Підвищені рівні лейкоцитів (цитоз більш $300/3$ при відсутності макрофагів) і білка (вище 0,9 г/л) і/чи знижений рівень глюкози в спинномозковій рідині.
2. Виділення мікроорганізмів у посівах спинномозкової рідини.

**Начальник відділу
охорони здоров'я
матерів та дітей
Жилка Н.Я.**

**Начальник відділу
епідемічного благополуччя
населення - заступник
директора департаменту
Мухарська Л.М.**

Додаток 3
до Інструкції з організації та
впровадження системи
інфекційного контролю в
акушерських стаціонарах

ВИЗНАЧЕННЯ ФОНОВОГО РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНІ ІНФЕКЦІЇ

Певний рівень захворюваності на внутрішньолікарняні інфекції (далі – ВЛІ) притаманний для кожного стаціонару, оскільки залежить не тільки від екзогенних, але й від ендогенних факторів ризику. Фоновий рівень захворюваності на ВЛІ визначається з урахуванням факторів ризику окремо для відділень реанімації та інтенсивної терапії, окремо для новонароджених та породіль після фізіологічних пологів. При цьому враховуються всі випадки гнійно-запальних захворювань (далі - ГЗЗ), визначені за епідеміологічними діагнозами. Слід зазначити, що епідеміологічних діагнозів буде завжди більше, ніж клінічних. Але саме епідеміологічні діагнози віддзеркалюють дійсний рівень захворюваності на ГЗЗ.

Для цього:

1) визначається абсолютна кількість ГЗЗ у кожному місяці року окремо за епідеміологічними діагнозами. Збираються дані не менше, ніж за 3 роки:

Рік	Абсолютна кількість випадків ГЗЗ за місяцями											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2003	1	2	1	3	2	4	3	2	1	2	1	1
2004	0	2	1	2	2	3	2	1	2	3	4	2
2005	2	3	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2

2) визначається кількість новонароджених (породіль), які перебували в певному відділенні в кожному місяці року окремо:

Рік	Абсолютна кількість новонароджених за місяцями											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2003	3	5	2	6	3	7	5	5	3	4	3	4
2004	1	5	3	4	4	7	5	4	5	7	6	5
2005	5	5	5	5	4	5	4	4	3	6	5	5

3) вираховують рівні захворюваності ГЗЗ на 100 новонароджених (породіль). Для цього абсолютна кількість випадків ГЗЗ за місяць ділиться на загальну кількість новонароджених (породіль), що перебували у відділенні та помножується на 100.

Так, наприклад, у січні 2003 році в певному відділенні знаходились 3 новонароджених (породіль), у 1 з них діагностовано ГЗЗ. Захворюваність на

100 новонароджених (породіль) дорівнює $(1:3) \times 100 = 33,3$.

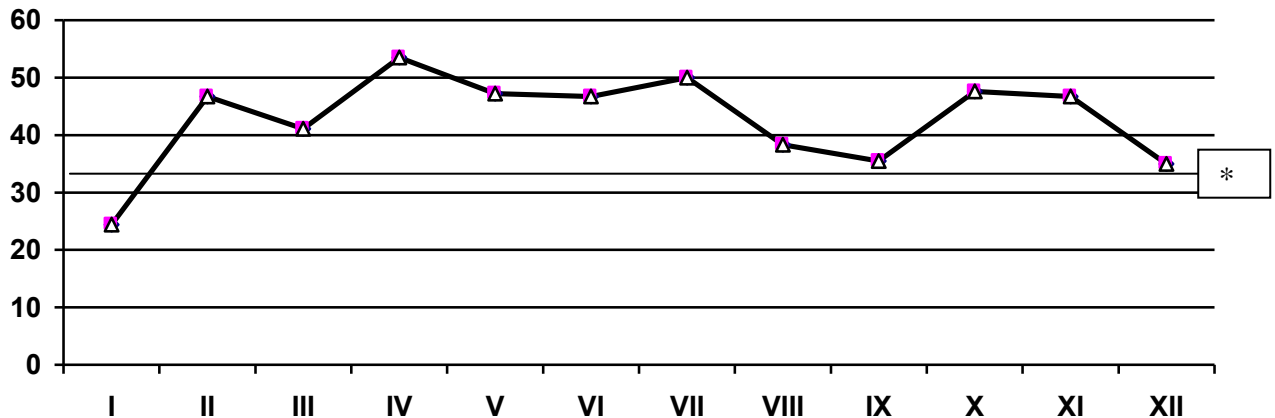
Після здійснених розрахунків захворюваності за кожний місяць досліджених років складається така таблиця:

Рік	Захворюваність на ГЗЗ у новонароджених за місяцями (на 100 новонароджених)											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2003	33,3	40,0	50,0	50,0	66,7	57,1	60,0	40,0	33,3	50,0	33,3	25,0
2004	0	40,0	33,3	50,0	50,0	42,9	40,0	25,0	40,0	42,9	66,7	40,0
2005	40,0	60,0	40,0	60,0	25,0	40,0	50,0	50,0	33,3	50,0	40,0	40,0

4) показники захворюваності за місяцями 3 річного періоду складаються і вираховується середній показник. Так середній рівень захворюваності в січні складає $(33,3+0+40,0):3=24,4$; у лютому – $(40,0+40,0+60,0):3=46,7$ та ін.;

Середній рівень захворюваності на ГЗЗ у новонароджених за місяцями 3 річного періоду (на 100 новонароджених)												
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
24,4	46,7	41,1	53,3	47,2	46,7	50,0	38,3	35,5	47,6	46,7	35,0	

5) будується сезонна крива, яка віддзеркалює динаміку рівня захворюваності на ГЗЗ. На осі абсцис відзначають місяці року від I до XII, на осі ординат – середній рівень захворюваності за 3 роки за місяцями;



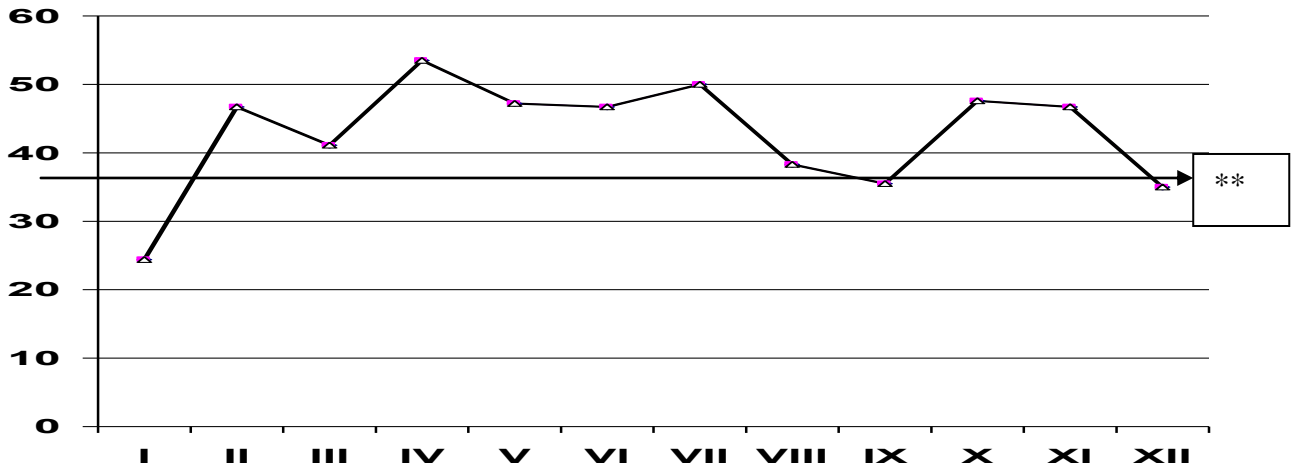
* Ординар (34,9);

6) складаються принаймні 5 найменших показників захворюваності і обчислюється середнє арифметичне, яке відображується на сезонній кривій у вигляді горизонтальної лінії (ординару). У даному випадку це буде $(24,4+41,1+38,3+35,5+35,0):5=34,9$;

7) розраховується показник “сігма” – корінь квадратний з відношення 100 мінус середній показник захворюваності і поділений на останній. Якщо середній рівень захворюваності новонароджених (породіль) складає 34,9 на

100 новонароджених (породіль). Тоді “сігма” дорівнює корінь квадратний із $(100-34,9):34,9=1,9$, тобто 1,4.

До середнього рівня захворюваності (горизонтальна лінія на сезонній кривій – ординар) у даному випадку це 34,9 додають подвійне значення “сігми”, тобто $1,4 \times 2 = 2,8$, що і буде дорівнювати фоновому рівню захворюваності на ГЗЗ, тобто $34,9 + 2,8 = 37,7$ на 100 новонароджених (породіль).



** Фоновий рівень захворюваності на ВЛІ (37,7 на 100 новонароджених /породіль/).

Розрахунки можна проводити на 1000 новонароджених (породіль).

Перевищення фонового рівня захворюваності свідчить про епідемічне неблагополуччя і потребує епідеміологічного розслідування. При цьому, якщо збудниками інфекцій є штами мікроорганізмів, які ідентичні за біологічними властивостями, у тому числі за профілем антибіотикорезистентності, то перевищення фонового рівня свідчить про епідемічне неблагополуччя або спалах інфекції.

**Начальник відділу
охорони здоров'я
матерів та дітей
Жилка Н.Я.**

**Начальник відділу
епідемічного благополуччя
населення - заступник
директора департаменту
Мухарська Л.М.**

Додаток 4
До Інструкції з організації та
впровадження системи
інфекційного контролю в
акушерських стаціонарах

РОЗРОБКА ЕПІДЕМІЧНО БЕЗПЕЧНИХ АЛГОРИТМІВ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУР ТА МАНІПУЛЯЦІЙ

Алгоритм – письмова інструкція, що встановлює обґрунтовані способи використання універсальних заходів безпеки при виконанні певних процедур та маніпуляцій з позицій епідемічної безпеки та забезпечує дотримання вимог інфекційного контролю.

Алгоритм має бути чітким, конкретним, недвозначним, реальним для виконання. Алгоритм розробляється для тих видів діяльності, які пов'язані з ризиком внутрішньолікарняного інфікування пацієнтів і медичного персоналу і включають послідовність використання універсальних заходів безпеки. Прикладом епідемічно безпечних алгоритмів можуть бути: алгоритм підготовки акушерки до прийому пологів, алгоритм проведення предстерилізаційної обробки інструментарію, алгоритм підготовки лікаря акушера-гінеколога до операції кесарева розтину та ін.

1. Для розробки алгоритму в стаціонарі створюється робоча група, до складу якої входять:

- госпітальний епідеміолог;
- представник адміністрації закладу охорони здоров'я;
- виконавці алгоритму (акушерки, медичні сестри, лікарі акушери-гінекологи, лікарі неонатологи);

2. Письмовий алгоритм включає:

- назву алгоритму;
- мету, яка досягається при виконанні алгоритму;
- перелік суб'єктів, які будуть виконувати алгоритм;
- місце виконання процедури або маніпуляції;
- чітке, конкретне описання послідовності дій особи, яка виконує алгоритм;
- перелік матеріалів та обладнання, необхідних для виконання алгоритму.

3. Після написання алгоритму він обговорюється на засіданні комісії з інфекційного контролю і затверджується головним лікарем установи.

4. Затверджений алгоритм доводиться до відома осіб, які мають його виконувати, відповідальною за його впровадження особою.

5. Відповідальною за впровадження алгоритму особою проводиться навчання з виконання алгоритму.

6. Протягом року шляхом анкетування чи опитування медперсоналу, який виконує алгоритм, з'ясовуються недоліки алгоритму, причини, за якими алгоритм чи його елементи не можуть виконуватися.

7. При наявності недоліків алгоритм переробляється робочою групою з урахуванням цих недоліків, елементи впровадження алгоритму повторюються за пунктами 3-7 цього додатка.

8. Термін дії алгоритму 1-3 роки. Після цього терміну робочою групою алгоритм переглядається, а в разі потреби переробляється з урахуванням нових наукових чи нормативних даних.

**Начальник відділу
охорони здоров'я
матерів та дітей
Жилка Н.Я.**

**Начальник відділу
епідемічного благополуччя
населення - заступник
директора департаменту
Мухарська Л.М.**

Додаток 5
до Інструкції з організації та
впровадження системи
інфекційного контролю в
акушерських стаціонарах

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ШТАМІВ МІКРООРГАНІЗМІВ

Профілі антибіотикорезистентності штамів – сполучення детермінант стійкості до антибіотиків. Для визначення профілів антибіотикорезистентності штамів мікроорганізмів, які виділені від пацієнтів, об'єктів внутрішнього середовища стаціонару, медичного персоналу, необхідно отримувати дані щодо їх чутливості з позначенням діаметрів затримки росту досліджуваних штамів мікроорганізмів навколо дисків з антибіотиками. Штами можна вважати однаковими за фенотипом, якщо діаметри зон затримки їх росту навколо дисків з однаковими антибіотиками однакові або відрізняються не більше ніж на 3 мм.

Наприклад, протягом часу, який аналізується, виділено 8 штамів *S.aureus*, які мають антибіотикограми, представлені в табл.1.

Таблиця 1

Антибіотик	Абревіатура антибіотика	Діаметри затримки росту штамів <i>S.aureus</i> навколо дисків з антибіотиками, мм							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Бензилпеніцилін	P	15/с	30/ч	16/с	16/с	15/с	29/ч	6/с	6/с
Оксацилін	O	6/с	18/ч	10/с	8/с	8/с	16/ч	6/с	6/с
Ампіцилін	A	6/с	32/ч	16/с	7/с	15/с	29/ч	19/с	11/с
Цефалотин	C	10/с	24/ч	6/с	12/с	6/с	16/ч	14/с	17/пс
Цефазолін	Z	12/с	24/ч	12/с	14/с	12/с	17/ч	13/с	15/пс
Цефотаксим	T	12/с	25/ч	14/с	13/с	12/с	18/ч	6/с	6/с
Ванкоміцин	V	14/ч	20/ч	17/ч	12/ч	16/ч	16/ч	18/ч	16/ч
Лінкоміцин	L	11/с	30/ч	11/с	11/с	11/с	31/ч	24/ч	15/с
Кліндаміцин	K	12/с	30/ч	12/с	13/с	12/с	22/ч	21/ч	12/с
Еритроміцин	E	11/с	25/ч	11/с	12/с	12/с	23/ч	18/пс	11/с
Левоміцетин	M	13/пс	26/ч	13/пс	13/пс	13/пс	23/ч	17/пс	18/ч
Гентаміцин	G	13/пс	18/ч	13/пс	13/пс	14/пс	18/ч	15/пс	13/пс
Нетилміцин	N	13/пс	18/ч	15/пс	13/пс	13/пс	19/ч	19/ч	17/пс
Ципрофлоксацин	R	15/с	32/ч	15/с	15/с	15/с	35/ч	24/ч	25/ч

Примітка: с – стійкий, пс – помірно стійкий, ч – чутливий до антибіотика.
У чисельнику – діаметр затримки росту.

Профілі антибіотикорезистентності наведених вище штамів *S.aureus* за винятком штамів № 2 і 6, які чутливі до всіх антибіотиків, а тому й не мають профілів антибіотикорезистентності, представлено в табл.2.

Таблиця 2

Профіль антибіотикорезистентності	Номер штама	Діаметри затримки росту досліджуваних штамів <i>S.aureus</i> навколо дисків з антибіотиками, мм									
		P	O	A	C	Z	T	L	K	E	R
POACZTLKER	1	15	6	6	10	12	12	11	12	11	15
POACZTLKER	3	16	10	16	6	12	14	11	12	11	15
POACZTLKER	4	16	8	7	12	12	12	11	13	12	15
POACZTLKER	5	15	8	15	6	12	12	11	12	12	15
POACZT	7	6	6	19	14	13	6				
POATLKE	8	6	6	11			6	15	12	11	

Дані табл.2 свідчать про те, що штами № 1, 3, 4 і 5 мають однакі профілі антибіотикорезистентності. Однак діаметр зони затримки росту штаму № 1 навколо диска з оксациліном 6 мм, тоді як штаму № 3 – 10 мм. Діаметри зон затримки росту штаму № 1 навколо дисків з ампіциліном і цефалотином – 6 і 10 мм відповідно, тоді як в штамі № 3 – 16 і 6 мм відповідно. Тобто це різні штами.

Але штам № 4 має ідентичний зі штамом № 1 профіль антибіотикорезистентності, штам № 5 – зі штамом № 3, хоча діаметри зон затримки росту цих штамів навколо дисків з деякими антибіотиками відрізняються на 1-2 мм.

Профілі антибіотикорезистентності штамів № 7 і № 8 відрізняються від усіх інших, що свідчить про їх госпітальне походження.

Штами № 2 і 6 чутливі до всіх досліджуваних антибіотиків, що свідчить про його ендемічне походження.

Таким чином, 6 з 8 досліджуваних штамів *S.aureus* мають множинний характер стійкості до досліджуваних препаратів, у тому числі стійкість до оксациліну, що свідчить про їх госпітальне походження. Тобто в певному відділенні стаціонару, де проводились дослідження, сформувався 4 ековаріанта госпітальних штамів *S.aureus*: до першого входять штами №1 і 4, до 2 – штами № 3 і 5, до третього – штам № 7, до 4 – штам № 8.

Слід відзначити, що неодмінною умовою для правильного трактування результатів антибіотикорезистентності є стандартизація методу визначення чутливості мікроорганізмів до антимікробних препаратів, а також постійний контроль якості дисків з антибіотиками та середовищ, які застосовуються у мікробіологічній лабораторії для постановки тесту.

**Начальник відділу
охорони здоров'я
матерів та дітей
Жилка Н.Я.**

**Начальник відділу
епідемічного благополуччя
населення - заступник
директора департаменту
Мухарська Л.М.**

Додаток 6
До Інструкції з організації та
впровадження системи
інфекційного контролю в
акушерських стаціонарах

МЕТОДИКА
ОБРОБКИ РУК МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ПАЦІЄНТІВ,
ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНИХ РУКАВИЧОК

Руки медичного персоналу – один з основних факторів передавання збудників внутрішньолікарняних інфекцій (далі – ВЛІ). Дотримання медичним персоналом правил і техніки миття та антисептики рук, використання рукавичок дозволить попередити виникнення значної кількості ВЛІ, а також сприятиме раціональному використанню коштів.

Заходи щодо вдосконалення гігієни рук, у тому числі з використанням рукавичок, є невід'ємною складовою інфекційного контролю, а також пріоритетними у фінансуванні діяльності закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). Цей постулат має в системі науково-доказової медицини категорію 1Б.

Деконтамінація рук медичного персоналу досягається шляхом миття рук, обробки шкіри рук антисептиками, хірургічної антисептики.

З метою профілактики передачі інфекції через руки, важливим заходом є забезпечення акушерських стаціонарів водопровідними кранами з механізмом ліктювого способу приведення в дію.

1. Для миття рук використовують рідке мило в дозаторах.

2. При застосуванні рідкого мила, дозатори багаторазового використання ретельно промити після закінчення в них мила, висушити і потім заповнити новою порцією мила. Не допускається додавати рідке мило в частково заповнений дозатор.

3. Показання для гігієнічного миття рук:

- перед і після фізичного контакту з пацієнтом;
- після відвідування туалету;
- перед приготуванням і роздачею їжі;
- у всіх випадках, коли руки явно забруднені.

4. Техніка миття рук (*малюнок*):

4.1. Зняти всі прикраси, у тому числі годинники та браслети;

4.2. Відкрити кран і струменевим потоком комфортно теплої води змочити руки;

4.3. Нанести порцію рідкого мила;

4.4. Енергійно терти руки протягом не менше 30 секунд за такою технікою:

- терти долоня об долоню;
- зовнішню сторону долонь спочатку правою рукою, а потім лівою;
- схрестивши пальці однієї руки з іншою, терти між пальцями;
- далі однією рукою накривають іншу руку „замком” і необхідно терти в п’ясно-фаланговій зоні, спочатку однієї руки, потім іншої;
- енергійно терти круговими рухами великі пальці обох рук;
- кінчиками пальців правої руки терти долоню лівої руки і навпаки.

4.5. Ретельно змити мило під проточною водою.

4.6. Насухо витерти руки одноразовим паперовим рушником (серветкою).

4.7. Якщо крани без ліктьового способу приведення в дію, їх закривають сухим рушником (серветкою), який викидають у смітник, призначений для збору паперових рушників, який має бути розташований поруч.

4.8. Якщо після миття рук застосовують їх обробку антисептиком, то антисептик наносять лише на ретельно висушені руки.

5. Якщо в процесі роботи руки не забруднені біологічним матеріалом або брудом, миття рук можна замінити гігієнічною антисептикою.

6. Показання для гігієнічної антисептики рук:

- перед та після будь-якої маніпуляції з новонародженим, роділлями та породіллями;
- перед та після проведення маніпуляцій, пов’язаних з можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок пацієнта (обробка пуповинної рани, ін’єкції, установлення катетерів та зондів тощо);
- перед та після контакту з рановими поверхнями, інфікованими ранами;
- при контакті з стерильним матеріалом та інструментарієм;
- після контактів з біосубстратами хворого (кров, ліквор, сеча та ін.);
- після контакту з абіогенними об’єктами, потенційно контамінованими госпітальною мікрофлорою (прилади, катетери, зонди та ін. після їх використання);
- після контактів з інфекційними хворими;
- при догляді за пацієнтами, коли необхідно після обробки забруднених місць перейти до чистих;
- перед і після надягання медичних рукавичок;

- перед виходом з палати.

7. Для антисептики шкіри рук використовують антисептики, зареєстровані в Україні. Можливе застосування суміші 70° етилового спирту з 1-2 % вмістом гліцерину.

8. Техніка гігієнічної антисептики рук:

- на долоню нанести 3-5 мл антисептика або ту кількість, що зазначена в інструкції щодо застосування антисептика;

- енергійно втирати до повного висихання антисептик за технікою, представленою в пункті 4 цього додатка, але не менше 15 секунд;

- витирання або висушування рук не допускається.

9. Показаннями для хірургічної антисептики рук є всі хірургічні операції.

10. Техніка хірургічної антисептики рук:

- вимити руки з використанням рідкого мила. Спочатку миють від зап'ястя до ліктя, потім кисті рук з дотриманням техніки (пункт 4 цього додатка);

- витерти руки насухо паперовим рушником (серветкою);

- нанести на долоню кількість антисептика, відповідно до інструкції щодо застосування при хірургічній антисептиці, що затверджується МОЗ, але не менше 3 мл і енергійно втирати його в шкіру передпліччя уключно з ліктьовими суглобами до повного висихання. Другою порцією антисептика обробляють руки до середини передпліччя. Третьою – тільки кисті рук за технікою, указаною в пункті 4 цього додатка;

- витирання рук або їх висушування після обробки антисептиком забороняється;

- на сухі руки надягають 2 пари стерильних гумових рукавичок;

- при хірургічній обробці рук щітки використовувати не обов'язково. У разі використання щіток вони мають бути одноразовими. Щітки можна використовувати для обробки навколонігтьових ділянок і тільки 1 раз протягом робочої зміни.

11. Якщо існує проблема з централізованим водопостачанням, стаціонар забезпечує наявність закритих ємкостей для води з кранами.

Воду в ємкості заливають кип'ячену і змінюють не рідше 1 разу на добу. Перед наступним заповненням ємкості ретельно вимити чистою ганчіркою, ополоснути і висушити.

12. Для зниження ризику виникнення ВЛІ у медичного персоналу, запобігання контамінації їх рук транзиторною мікрофлорою, а також передачі резидентної та транзиторної мікрофлори пацієнтам використовують медичні рукавички.

13. У медичній практиці використовують три типи рукавичок:

- хірургічні – використовуються при проведенні інвазивних медичних втручань та при хірургічних процедурах;
- оглядові – забезпечують захист медперсоналу при виконанні багатьох медичних маніпуляцій;
- побутові – забезпечують захист медперсоналу при обробці обладнання, забруднених поверхонь, інструментарію, при роботі з відходами медичних закладів.

14. Використання рукавичок:

- для операцій : латексні, неопренові;
- для оглядів: латексні, тактилонові;
- при догляді за пацієнтом: латексні, поліетиленові, полівінілхлоридні;
- при проведенні очистки та дезінфекції: нітрилові, неопренові;
- допускається використання рукавичок з тканини під гумовими.

15. Стерильні рукавички обов'язково використовують при:

- усіх хірургічних оперативних втручаннях;
- інвазивних маніпуляціях;
- уведенні стерильною голкою в глибокі тканини або рідини організму лікарських форм (внутрішньовенні інфузії, отримання біопроб для досліджень);
- установленні катетера або провідника через шкіру;
- маніпуляціях, пов'язаних з контактом стерильного інструментарію з інтактними слизовими оболонками (цистоскопія, катетеризація сечового міхура);
- первинному огляді новонародженого;
- вагінальному обстеженні;
- бронхоскопії, ендоскопії шлунково-кишкового тракту, санації трахеї;
- уведенні периферійної внутрішньовенної або артеріальної канюлі.

16. Нестерильні чисті рукавички використовують:

- при рутинному огляді новонародженого, роділлі, породіллі, окрім випадків, зазначених у пункті 15 цього додатка;
- при роботі з біологічним матеріалом від хворих;
- при заборі крові;
- при проведенні внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій;
- при проведенні очистки та дезінфекції;

17. Вимоги до медичних рукавичок, що використовуються:

- рукавички використовуються відповідного розміру з урахуванням характеру маніпуляцій, що виконуються;
- рукавички повинні забезпечувати високу тактильну чутливість;
- містити мінімальну кількість антигенів (латекс, латекс-протеїни) ;
- при виборі медичних рукавичок враховують можливі алергічні реакції в анамнезі пацієнтів на матеріал, з якого виготовлено рукавички;
- для проведення передстерилізаційної очистки гострого медичного інструментарію використовувати рукавички з текстурованою зовнішньою поверхнею;

18. Одразу після використання медичні рукавички знімаються і занурюються в розчин дезінфектанту безпосередньо у місці використання рукавичок.

19. Після знезараження рукавички одноразового використання підлягають утилізації.

20. Правила використання медичних рукавичок:

20.1. Використання медичних рукавичок не створює абсолютного захисту і не виключає дотримання техніки обробки рук, яка застосовується в кожному випадку одразу після зняття рукавичок.

20.2. Перед надяганням і після зняття рукавичок необхідно вимити руки або обробити їх антисептиком.

20.3. Рукавички одноразового використання не використовуються повторно. Нестерильні рукавички стерилізації не підлягають.

20.4. Рукавички замінюються одразу, якщо вони пошкоджені.

20.5. Не допускається миття або обробка антисептиком рук в рукавичках у проміжках між маніпуляціями.

20.6. Не допускається миття або обробка рук в рукавичках між проведенням «чистих» і «брудних» маніпуляцій, навіть в одного пацієнта.

20.7. Не допускається пересування в рукавичках у відділенні(ях) стаціонару.

20.8. Перед надяганням рукавичок не можна використовувати засоби, які містять мінеральні масла, вазелін, ланолін.

21. У стаціонарі забезпечуються умови для дотримання ефективної процедури обробки рук та використання медичних рукавичок:

- пристрої для миття рук розташовують у зручному місці;
- акушерські стаціонари забезпечуються водопровідними кранами з механізмом ліктьового способу приведення в дію;

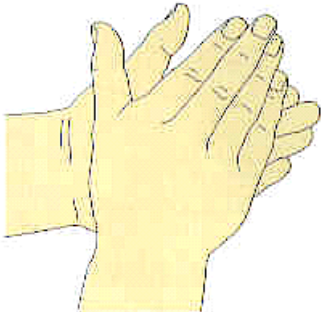
- дозатори з рідким милом, антисептиком, тримачі для паперових рушників (серветок) кріплять безпосередньо над умивальником у спеціальних пристроях. Розташовувати дозатори на умивальниках не дозволяється;

- використовують лише рідке мило та антисептики, які не викликають подразнення шкіри в медичного персоналу. Мило, яке містить антисептик, не використовують;

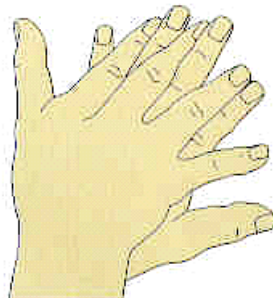
- медичний персонал може використовувати індивідуальні упаковки з шкірними антисептиками, які застосовують безпосередньо перед і після маніпуляції з пацієнтом;

- персонал постійно проходить навчання щодо процедур обробки рук, використання рукавичок і здає заліки за відповідними темами.

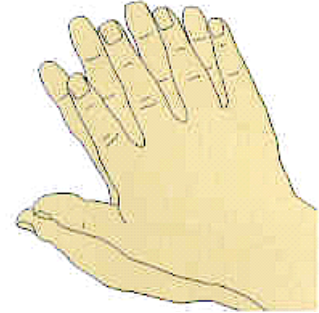
Техніка миття рук:



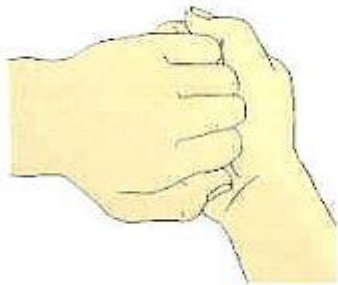
терти долонею об долоню



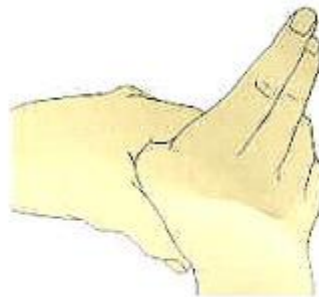
права долоня по тильній стороні лівої руки і навпаки



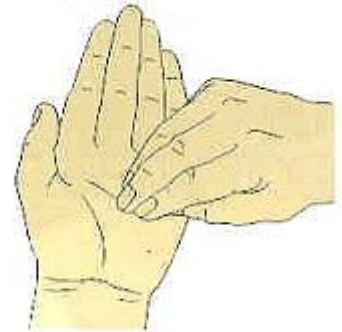
терти внутрішні поверхні пальців рухами вгору і вниз



терти тильною стороною пальців по долоні іншої руки



терти пальці круговими рухами



по черзі, круговими рухами терти долоню

**Начальник відділу
охорони здоров'я
матерів та дітей
Жилка Н.Я.**

**Начальник відділу
епідемічного благополуччя
населення - заступник
директора департаменту
Мухарська Л.М.**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 № 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 21.06.2007
№ 696/13963

ІНСТРУКЦІЯ З ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ БАКТЕРІОЛОГІЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ В СИСТЕМІ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

1. Загальні положення

1.1. Ця інструкція є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності та підпорядкування.

1.2. Лабораторія, що проводить мікробіологічні дослідження, повинна відповідати вимогам Державних будівельних норм України «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН 9.9.5-080-02», затверджених наказом Держбуду України від 04.01.2001 № 2, мати дозвіл, який видано органом, закладом або установою державної санітарно-епідеміологічної служби України, на виконання робіт, оформлений згідно з вимогами ДСП 9.9.5-064-2000, та бути акредитованою в системі МОЗ у встановленому порядку.

1.3. Лабораторія забезпечується необхідним обладнанням, засобами вимірювальної техніки, лабораторним склом, діагностичними препаратами, виробами медичного призначення, тест-штамами, деззасобами, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою з відповідним програмним забезпеченням, доступом до локальної комп'ютерної мережі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

1.4. Діагностичні препарати, поживні середовища, вироби медичного призначення, що використовуються при проведенні досліджень, повинні бути зареєстровані, дозволені для використання в Україні, мати документи, що засвідчують їх якість і зберігатися згідно з вимогами нормативних документів.

1.5. Для уніфікації досліджень, порівнянності результатів в процесі роботи використовують транспортні системи, поживні середовища, системи для ідентифікації мікроорганізмів переважно промислового виготовлення.

1.6. Дезінфекційні засоби повинні бути зареєстровані в Україні, використовуватись відповідно до режимів, установлених регламентами,

затвердженими головним державним санітарним лікарем України в установленому порядку.

1.7. Лабораторія розробляє і постійно підтримує систему забезпечення якості лабораторних досліджень, систематично бере участь у раундах зовнішнього контролю якості досліджень.

1.8. Обсяги та номенклатура мікробіологічних досліджень повинні відповідати мікроекологічним умовам конкретного стаціонару (стаціонарів).

1.8.1. Ключовою функцією лабораторії в системі інфекційного контролю є раннє виявлення проблем, пов'язаних з внутрішньолікарняними інфекціями в кожному конкретному акушерському стаціонарі (відділенні).

1.9. Ефективність інфекційного контролю щодо визначення етіології внутрішньолікарняних інфекцій (далі – ВЛІ) безпосередньо залежить від методів, що використовує лабораторія.

Для отримання даних про частоту виділення певних мікроорганізмів, етіологічну структуру певних нозологічних форм інфекційних захворювань, які можна порівняти, усі лабораторні процедури: посів, виділення, ідентифікація, типування та визначення чутливості до антибактеріальних препаратів (далі – АБП) мікроорганізмів проводяться за уніфікованими методами відповідно до чинних нормативно-методичних документів.

1.10. Спеціалісти лабораторії повинні враховувати важливість результатів навіть ранніх етапів дослідження для спеціалістів з інфекційного контролю та лікарів. Наприклад, результати фарбування за Грамом важливі для клінічних спеціалістів для раннього вибору антибіотику, а також спеціалістів з інфекційного контролю для своєчасного призначення ізоляційно-обмежувальних заходів у разі виявлення грам-негативних диплококів у лікворі.

Найбільш часто застосовуються такі методи фенотипування:

- морфологія колоній;
- морфологічні та тинкторіальні властивості за результатами мікроскопії препарата, забарвленого за Грамом або іншими методами;
- здатність росту на певних середовищах;
- біохімічне типування;
- серологічне типування;
- визначення спектру чутливості до антибактеріальних засобів;
- фаготипування.

У деяких випадках доцільне застосування молекулярно-генетичних методів типування, які дозволяють більш точно ідентифікувати епідеміологічні зв'язки. За відсутності необхідного обладнання для молекулярно-генетичних методів дослідження такі культури направляються у заклади державної санепідемслужби вищого рівня.

1.10.1. Важливою складовою роботи лабораторії в системі інфекційного контролю є визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків та моніторинг загальних тенденцій антибіотикорезистентності в стаціонарі, що дозволяє відстежувати формування госпітальних штамів.

1.11. Номенклатура та обсяги санітарно-бактеріологічних досліджень внутрішнього середовища стаціонару визначаються спільно з госпітальним епідеміологом і включають найбільш критичні об'єкти епідемічного ризику.

1.12. Результати лабораторних досліджень (попередні та заключні) видаються у встановлені терміни на офіційних бланках лабораторії, яка досліджувала матеріал. Терміни видачі результатів лабораторних досліджень обумовлені методиками їх проведення.

1.13. Отримані результати в процесі мікробіологічного дослідження чутливості мікроорганізмів до антибіотиків щоденно вносяться в базу даних відповідної комп'ютерної програми (наприклад WHONET). Інформація, що має значення для інфекційного контролю, своєчасно доводиться до відома зацікавлених осіб у встановленому порядку. Дистрибутив програми WHONET знаходиться на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я за адресою: <http://www.who.int/tmc/WHONET/WHONET.html>.

Мікробіологічна база даних використовується для визначення фонові частоти госпітальних інфекцій, а також оцінки ефективності профілактичних та протиепідемічних заходів, що проводяться в акушерському стаціонарі.

1.14. Усі штами мікроорганізмів, що виділені при групових захворюваннях, спалахах, летальних випадках, резистентні до дії АБП, а також такі, що вперше виділені на даній території або рідко зустрічаються, протягом 1 місяця з моменту виділення направляються для підтвердження до санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС) вищого рівня управління, які відразу після отримання результатів, направляють їх до Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України (далі – Центральна СЕС МОЗ) для підтвердження та подальшого вивчення.

При неможливості остаточної ідентифікації культур на місцях їх також негайно направляють до СЕС вищого рівня управління, а ті в свою чергу, у визначеному порядку в Центральну СЕС МОЗ для ідентифікації.

1.15. Персонал лабораторії бере участь у розробці переліку показів до проведення мікробіологічних та санітарно-мікробіологічних досліджень з чітким визначенням конкретних потреб у цих дослідженнях кожного стаціонару (відділення) з урахуванням клінічних та епідеміологічних завдань. На підставі цих потреб складаються орієнтовний річний та місячні плани досліджень. Кількісні показники обсягів мікробіологічних досліджень є основою для визначення потреби лабораторії у витратних матеріалах.

1.16. Лабораторія розробляє і доводить до відома всіх користувачів інструкції (алгоритми), які включають інформацію про режим (розпорядок) роботи лабораторії, порядок роботи у вихідні та святкові дні, порядок дій

медичного персоналу в разі потреби проведення термінових (невідкладних) лабораторних досліджень, терміни виконання досліджень і порядок надання попередніх (якщо це передбачено методикою дослідження) та заключних результатів досліджень, правила забору, зберігання та транспортування зразків біологічного матеріалу та проб з об'єктів довкілля стаціонару.

1.17. Фахівці лабораторії систематично проводять навчання медичного персоналу стаціонару правилам забору, зберігання та транспортування матеріалу в лабораторію і здійснюють постійний контроль за їх виконанням, правильності інтерпретації результатів мікробіологічних досліджень.

2. Загальні правила забору та транспортування матеріалу для проведення мікробіологічного дослідження

2.1. Забір і роботу з клінічним матеріалом виконують у відповідному спецодязі (халат і рукавички). При небезпеці виникнення аерозолів застосовуються додаткові захисні засоби (захисні окуляри і маски).

2.2. Забір матеріалу здійснюють до початку антибактеріальної терапії (далі - АБТ) або через певний проміжок часу після введення препарату, необхідний для його виведення з організму (практично через 8 - 10 годин після введення більшість антибіотиків вже виводиться з організму), тобто матеріал для дослідження може забиратись перед повторним введенням антибіотика.

Кількість матеріалу повинна бути достатньою для проведення дослідження.

2.3. Забір матеріалу здійснюють безпосередньо з осередку інфекції або досліджують відповідні клінічні зразки, що характеризують процес в органах та тканинах (наприклад, бронхіальний секрет при пневмоніях, сеча при інфекціях сечовивідних шляхів тощо).

2.4. Забір матеріалу здійснюють під час найбільшого вмісту в ньому збудників захворювання.

2.5. Щоб уникнути забруднення проби сторонньою мікрофлорою ретельно дотримуються правил асептики та алгоритмів забору біологічного матеріалу.

2.6. Матеріал для виділення аеробів і факультативних анаеробів відбирають із застосуванням спеціальних транспортних систем або стерильними ватними тампонами, шприцом у стерильний посуд.

Матеріал для виділення облигатних анаеробів одержують з патологічного осередку шляхом пункції шприцом, з якого заздалегідь видаляють повітря.

Контейнери з пробами (пробірки, флакони тощо) маркують відповідно до супровідної документації.

2.7. При направленні матеріалу на дослідження необхідно виключити ймовірність мікробної контамінації зовнішньої поверхні транспортного контейнера і супроводжувальний зразок документів. Контейнери для транспортування матеріалу повинні забезпечувати герметичність, стерильність, цілісність зразків, а також унеможливити утворення аерозолі під час відкривання його.

2.8. Терміни доставки клінічного матеріалу в лабораторію повинні бути скорочені до мінімуму. Відібраний матеріал повинен бути доставлений до лабораторії не пізніше 2 годин після забору, упакований і оформлений згідно з вимогами Державних санітарних правил «Правил влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю. ДСП 9.9.5.-080-2002», затверджених постановою головного державного санітарного лікаря України від 28.01.2002 № 1. Направлення оформлені відповідно до форм медичної облікової документації № 204/о «Направлення на мікробіологічне (бактеріологічне, вірусологічне, паразитологічне) дослідження» та № 205/о «Направлення на санітарно-мікробіологічне дослідження і результати санітарно-мікробіологічного дослідження», затверджених наказом МОЗ від 04.01.2001 № 1.

За неможливості швидкого транспортування зразків зберігати їх слід при температурі $(6\pm 2)^{\circ}\text{C}$ не більше 2-3 годин.

При використанні транспортних систем промислового виготовлення терміни та умови зберігання матеріалу використовуються відповідно до інструкції виробника (як правило до 24 годин).

Виятки:

- кров, засіяну у відповідні поживні середовища, зберігають при температурі 25°C або $35^{\circ}\text{-}37^{\circ}\text{C}$;
- клінічний матеріал, підозрілий на вміст чутливих до коливань температури мікроорганізмів, зберігають при оптимальній для збудника температурі (наприклад, для *Neisseria spp.* – $37\pm 1^{\circ}\text{C}$).

Правила забору матеріалу з різних біотопів наведені в табл.1.

**Правила
забору і доставки матеріалу для мікробіологічного дослідження**

№ з/п	Матеріал	Показання до проведення дослідження	Забір матеріалу для дослідження
1	2	3	4
1	Кров	Клінічна картина сепсису; гарячкові стани неясної етіології; підозра на інфекційні захворювання	<p>Забір проводять до початку АБТ або через 8-10 годин після введення лікарського препарату, необхідних для його виведення з організму.</p> <p>Забір проводять на початку ознобу при підйомі температури за допомогою безпечних вакуумних пристроїв, які дають змогу забору крові безпосередньо в закупорені пробірки/пляшки для транспортування та/або культивування. Голку після використання необхідно негайно нейтралізувати.</p> <p>За відсутності вакуумних пристроїв забір проводять стерильним одноразовим шприцом або системою для забору крові одноразового використання з дотриманням усіх правил асептики і засівають тут же на поживні середовища (подвійне і тіогліколеве) у співвідношенні 1:10 (кров у дорослих у кількості 10-15 см³, у дітей – 2-3 см³). Забір і посів здійснюють 2 особи: одна обробляє шкіру хворого на місці венепункції (70% спирт, потім 1-2% настоянка йоду протягом 30 секунд, спіралеподібними рухами в напрямку від центру венепункції до периферії), здійснює пункцію вени та забір крові, друга - над полум'ям спиртівки відкриває пробки флаконів, підставляє флакони з середовищем під струмінь крові з шприца або системи, фламбує шийки і пробки флаконів, закриває їх. Шкіру над пунктованою веною обробляють 70% спиртом для видалення залишку йоду. Посіви транспортують в термоконтейнерах окремо від іншого клінічного матеріалу в бактеріологічну лабораторію, де проводять подальше дослідження</p> <p>За неможливості негайного транспортування в бактеріологічну лабораторію (в нічний час) посіви крові залишають при температурі 35-37°C, або при кімнатній температурі до ранку.</p>

			<p>Вранці доставляють в лабораторію.</p> <p>Не слід брати кров з судинних катетерів, крім випадків, коли є підозра на катетерасоційовану інфекцію (далі - КАІ).</p> <p>При підозрі на КАІ досліджують судинний катетер. В асептичних умовах відрізають його дистальний (внутрішньосудинний) кінець біля 5 см, поміщують у стерильну пробірку і негайно доставляють в лабораторію. Висихання зразка не допускається!</p>
2	Ліквор	Підозра на менінгіт, коматозні стани, неврологічні симптоми неясного генезу	<p>Забір матеріалу здійснює лікар до початку антибактеріальної терапії. Місце пункції обробляють антисептиком (зазвичай таким, що містить йод) та 70% спиртом. Із спинномозкового каналу, лікар за допомогою люмбальної пункції, дотримуючись правил асептики, забирає ліквор у 3 стерильні пробірки, що герметично закриваються (по 1 см³ мінімум, за можливості - по 3-4 см³): пробірка № 1 - для біохімічних досліджень (визначення білка та глюкози); пробірка № 2 - для бактеріологічних досліджень, пробірка № 3 - для цитологічних досліджень (підрахунок клітин). Доставка в максимально короткі терміни при температурі 37⁰ С (в термоконтейнері).</p> <p>За умови неможливості негайно доставити ліквор в лабораторію, як виключення, його засівають на чашки з шоколадним і кров'яним агаром та декілька крапель вносять в середовище для контролю стерильності (тіогліколев). Поміщають посіви в термостат з температурою 37±1°C і намагаються якнайшвидше відправити до лабораторії, але не пізніше 2 годин після забору матеріалу. При підозрі на туберкульозну або грибову етіологію менінгіту відбирають не менше 10 см³ ліквору. У всіх випадках підозри на менінгіт для мікробіологічного дослідження також забирають матеріал з передбачуваного джерела інфекції</p>
3	Виділення дихальних шляхів, вміст трахеї,	Запальні захворювання дихальних шляхів:	<p>Досліджують ранішню порцію мокроти. Перед збором мокроти хворий повинен почистити зуби, прополоскати рот кип'яченою водою або слабким розчином антисептика. Мокроту</p>

	внутрішня поверхня інтубаційної трубки	пневмонії, бронхіти, плеврити, бронхоектатична хвороба, абсцес легенів та ін.	збирають в стерильний посуд з широким отвором (найбільш інформативне дослідження мокроти, отриманої при бронхоскопії). Зберігають мокроту до дослідження в холодильнику при температурі 4 ⁰ С не більше 2 – 3 годин. При більш тривалому зберіганні гинуть малостійкі види мікроорганізмів (стрептококи), розвиваються процеси бродіння і загнивання, спотворюючи результати дослідження. Мазки з внутрішньої поверхні інкубаційної трубки беруть тампонами з використанням відповідних транспортних систем
4	Виділення верхніх дихальних шляхів	Захворювання носа і ротоглотки, визначення бактеріоносійства	Виділення з носа беруть стерильним ватним тампоном, який вводять в глибину порожнини носа. Матеріал з носоглотки беруть стерильним задньоглотковим тампоном, із зіву - зволженим ватним тампоном. Тампони поміщають в стерильні пробірки. Допускається зберігання тампонів з матеріалом в холодильнику не більше 2–3 годин
5	Виділення ран і випотів, пупочна рана, пупочний катетер	Ознаки гнійно-септичної інфекції	Матеріал забирають стерильним ватним тампоном з глибини рани до обробки її антисептиками. За наявності дренажу виділення беруть стерильним шприцом і переносять, з дотриманням правил асептики, в стерильну пробірку або анаеробний флакон. Шматочки тканин, що видаляють при обробці рани, відправляють в лабораторію у стерильних чашках Петрі. У випадках підозри на екссудат, при дотриманні правил асептики, пунктують голкою порожнину, відсмоктують вміст за допомогою шприца і переносять, з дотриманням правил асептики, у флакон з середовищем для культивування анаеробів. Матеріал з пуповини забирають з дотриманням правил асептики двома стерильними тампонами обертальними рухами від центру до периферії. Один з них використовують для мікроскопії, інший - для посіву. Шкіру навколо пуповини попередньо обробляють спиртом або іншим антисептиком, гній видаляють стерильною серветкою

6	Виділення з очей	Запальні захворювання кон'юнктиви ока, слизової оболонки повік, слізного мішка, рогівки. Підвищена сльозотеча у новонароджених	Стерильним ватним (тонким) тампоном, бактеріологічною петлею або стерильною очною паличкою (не раніше ніж через 5-6 годин після приймання медикаментів та процедур) забирають гнійні виділення з внутрішньої поверхні нижнього віка до внутрішнього кута очної щілини. Необхідно стежити, щоб вії при морганні не торкалися тампона. За відсутності видимого гною користуються тампонами, змоченими стерильним ізотонічним розчином. При заборі матеріалу з країв віка скориночки гною видаляють пінцетом. Матеріал беруть з язви у підстави вій. Секрет із слізного мішка беруть стерильним ватним тампоном після обережного масажу. Тампони поміщають в стерильні пробірки. Допускається зберігання тампонів з матеріалом в холодильнику не більше 2-3 год. Матеріал з рогівки беруть платиновою петлею після місцевого знеболювання. Мазки для первинної мікроскопії виконують паралельно із збором матеріалу для мікробіологічного дослідження
7	Виділення з вуха	Запальні захворювання середнього вуха і зовнішнього слухового проходу	Виділення із середнього вуха беруть стерильним ватним тампоном. Найбільш достовірні результати одержують при пункції середнього вуха через барабанну перетинку, яка не прорвалася. При зовнішньому отиті шкіру прилеглих областей попередньо обробляють спиртом або іншим антисептиком, щоб при узятті матеріалу не було контамінації тампона сапрофітною мікрофлорою. Тампони поміщають у стерильні пробірки. Допускається зберігання тампонів з матеріалом у холодильнику не більше 2-3 годин
8	Виділення з жіночих статевих органів	Підозра на інфекційну природу патологічного процесу. Жінки, які не обстежені. Жінки з рецидивним кольпітом	Вульва, стінки піхви. Виділення беруть стерильним ватним тампоном. При запаленні бартолінієвих залоз проводять їх пункцію, при розкритті абсцесу залози вміст беруть стерильним ватним тампоном. Піхва. Після введення дзеркала і підйомника матеріал для дослідження беруть стерильним тампоном із заднього склепіння або з патологічно змінених ділянок слизової.

		(забір у приймальному відділенні)	<p>Матеріал для посіву повинен бути взятий до проведення мануального обстеження.</p> <p>Шийка матки. Вагінальну частину шийки матки ретельно обробляють тампоном, змоченим стерильним фізіологічним розчином або дистильованою водою. Після цього тонким ватним тампоном, уведеним в цервікальний канал, не торкаючись стінок піхви, беруть матеріал.</p> <p>Для посіву може бути використаний зішкріб слизової, отриманий при діагностичному вишкрібанні стінок цервікального каналу.</p> <p>Матка. Матеріал береться за допомогою спеціальних інструментів типу шприца-аспіратора, що має на зонді зовнішнє покриття. Після проходження зондом цервікального каналу в порожнині матки розкривають його зовнішню оболонку і аспірують вміст. Після цього закривають зовнішню оболонку і виводять зонд із матки.</p> <p>Придатки матки. При запальному процесі в придатках матки матеріал з осередку інфекції (гній, ексудат, шматочки органів) береться або при оперативному втручанні, або при проведенні діагностичної пункції</p>
9	Сеча	Запальні захворювання сечовивідних шляхів. Гострий пієлонефрит, бактеріурія, піурія	<p>Забір проводять до початку АБТ, вранці після ретельного туалету зовнішніх статевих органів (ретельно вимити руки, помити статеві органи, з використанням стерильних марлевих серветок і теплої мильної води в напрямку спереду назад; промити статеві органи ще раз теплою водою і витерти стерильною серветкою. Протягом усієї процедури статеві губи повинні бути розширеними, пальцями їх не торкатись).</p> <p>У стерильний посуд збирають середню порцію вільно випущеної сечі в кількості 3-5 см³. Відбір сечі за допомогою катетера бажано уникати внаслідок ризику інфікування сечових шляхів. Катетеризацію проводять у випадках – якщо хворий нездатний до самостійного виділення сечі або для розмежування запального процесу в нирках і сечовому міхурі. З цією метою сечовий міхур опорожняють і вводять у нього 50см³ розчину, що містить 40</p>

			<p>мг неоміцину і 20 мг поліміксину. Через 10 хвилин беруть проби сечі для дослідження. При локалізації процесу в сечовому міхурі сеча залишається стерильною. При інфікуванні нирок відмічається бактеріурія.</p> <p>Мікробіологічне дослідження сечі проводять якнайшвидше після її отримання від хворого (від моменту забору проби сечі до початку дослідження в лабораторії повинно проходити не більше 30 хвилин), оскільки мікроби, що знаходяться в сечі, швидко розмножуються при кімнатній температурі, що може дати помилкові результати при визначенні ступеня бактеріурії</p>
10	Випорожнення	<p>Діагностика кишкових інфекцій, хронічних дисфункцій, дисбактеріозу кишечника. Контроль при виписуванні хворих гострими кишковими інфекціями із стаціонару. Виявлення бактеріоносійства</p>	<p>Для досліджень відбирають переважно нативний матеріал. Для цього використовують ретельно вимиті, без залишків деззасобів судна або горшки. На дно їх можна покласти лист чистого паперу. У дітей матеріал забирають з пелюшки або памперса. Матеріал забирають стерильним шпателем і поміщають в стерильний посуд. При необхідності вивчення мікрофлори запально змінених ділянок слизової оболонки товстого кишечника забір вмісту проводять при ректороманоскопії.</p> <p>У деяких випадках матеріал забирають за допомогою ректального тампона з використанням транспортного середовища типу Кері-Блер (універсальний консервант). При цьому пацієнт повинен лягти на бік з притягнутими до живота стегнами. Тампон уводиться в задній прохід на глибину 5-6 см. У залежності від мети дослідження як консерванти використовують гліцеринову суміш, фосфатно-буферну суміш, 0,1% пептонну воду, тіогліколеве середовище тощо</p>
11	Амніотична рідина	<p>Діагностика хоріоамніоніта і внутрішньоамніотичної інфекції</p>	<p>Амніотичну рідину отримують шляхом аспірації, за допомогою внутрішньоматково-го катетера. Перші 5-7 см³ відкидають для зниження ризику контамінації проби мікрофлорою нижніх статевих шляхів. Подальшу порцію амніотичної рідини збирають в кількості 5-7 см³ в стерильну пробірку і негайно доставляють у лабораторію.</p> <p>Амніоцентез не використовують унаслідок ризику для матері та плода</p>

12	Грудне молоко	Діагностика маститу	Ретельно миють руки і груди. Соски і навколососкову область ретельно обробляють окремими тампонами, зволженими 70% спиртом (кожну залозу обробляють окремим тампоном). Перші 5-7 см ³ молока виливають. Подальшу порцію молока збирають в кількості 5-7 см ³ в стерильну пробірку (склянку) і негайно доставляють в лабораторію. Молоко, зціджене напередодні, дослідженню не підлягає
13	Матеріал, отриманий на операції або секції	Ознаки гнійно-септичної інфекції	Узятий матеріал поміщають в стерильний посуд і негайно направляють до лабораторії, забезпечивши температурні умови 6±2° С

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги
населенню
Моїсеєнко Р.О.**

**Директор Департаменту
державного санітарно-
епідеміологічного нагляду
Пономаренко А.М.**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 № 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 21.06.2007
№ 697/13964

**ПОРЯДОК
РОЗСЛІДУВАННЯ ТА ЛІКВІДАЦІЇ СПАЛАХУ
ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕРЕД
РОДІЛЬ, ПОРОДІЛЬ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ В
АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ**

Груповим захворюванням або спалахом внутрішньолікарняної інфекції (далі - ВЛІ) є виникнення трьох і більше внутрішньолікарняних захворювань, якщо доведено, що збудником інфекцій є певний вид мікроорганізму з ідентичними біологічними властивостями, у тому числі профілями антибіотикорезистентності, або виникнення двох і більше внутрішньолікарняних захворювань, які сталися в межах коливань одного інкубаційного періоду та пов'язані з одним джерелом інфекцій і спільними факторами передавання.

Мета розслідування спалаху – встановлення джерела інфекції, причин та умов виникнення спалаху, а також розробка профілактичних та протиепідемічних заходів.

Завдання розслідування спалаху – встановлення факторів ризику виникнення захворювань, ідентифікація збудника і доведення його етіологічної ролі, виявлення джерела інфекції, шляхів передавання, визначення заходів щодо попередження розповсюдження інфекції.

Порядок проведення розслідування при виникненні спалаху ВЛІ:

1. Комісія з інфекційного контролю акушерського стаціонару проводить попередню порівняльну оцінку випадків захворювання з фоновим рівнем ВЛІ у стаціонарі та підтверджує наявність спалаху, складає попередній план заходів розслідування та попередження його поширення. План затверджується керівниками лікувального закладу та узгоджується з головним лікарем територіальної санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС).

2. Про виникнення спалаху ВЛІ негайно повідомляються органи охорони здоров'я, територіальна санітарно-епідеміологічна служба.

3. Наказом територіального органу охорони здоров'я, відділення, де виник спалах ВЛІ, за епідемічними показаннями негайно закривається.

4. Для проведення розслідування причин виникнення спалаху ВЛІ та його ліквідації в акушерському стаціонарі органами охорони здоров'я терміново створюється протиепідемічна комісія, до складу якої входить начальник чи заступник начальника з питань охорони материнства і дитинства, головні спеціалісти з акушерства та гінекології, педіатрії, неонатології, епідеміології, комунальної (лікарняної) гігієни. За необхідності надається допомога Міністерства охорони здоров'я України, а також можуть залучатися співробітники кафедр медичних та науково-дослідних інститутів.

Розслідування спалаху здійснюється під керівництвом епідеміолога територіальної СЕС.

5. Новонароджені, що захворіли, переводяться до спеціалізованих неонатологічних стаціонарів (відділень).

6. Здорові породіллі та новонароджені виписуються з акушерського стаціонару. За ними встановлюється щоденний лікарський або сестринський патронаж за місцем проживання на строк максимального інкубаційного періоду того захворювання, що виникло, але не менш ніж на 10 днів.

7. Комісія з урахуванням конкретних обставин уточнює попередній план або складає план заходів з відображенням обсягу та послідовності проведення розслідування і ліквідації спалаху ВЛІ. План затверджується начальником територіального управління охорони здоров'я та головним лікарем територіальної СЕС.

8. При проведенні розслідування причин виникнення спалаху керівником комісії визначається завдання та об'єм роботи кожного спеціаліста.

Основні етапи розслідування :

- збір та вивчення всієї вихідної інформації;
- верифікація діагнозу в усіх зареєстрованих випадках захворювань з використанням клініко-лабораторних, у тому числі мікробіологічних, методів дослідження;
- підтвердження наявності спалаху;
- активне виявлення всіх випадків захворювання (у родопомічних закладах, неонатологічних відділеннях дитячих стаціонарів, за місцем проживання);
- складання списків осіб із підтвердженими або зарахованими випадками захворювань та контактних з урахуванням строків та місцем розвитку захворювань;
- оцінка матеріально-технічного стану та санітарно-протиепідемічного режиму акушерського стаціонару;

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

- перевірка і оцінка гіпотези, ретроспективний аналіз історій хвороб новонароджених та породіль, даних мікробіологічного моніторингу не менш ніж за 3 попередні місяці у відділенні, де відбувся спалах ВЛІ. У разі потреби аналізуються дані мікробіологічного моніторингу за більш довгий період та/або в інших відділеннях стаціонару;

- проведення цілеспрямованих мікробіологічних та інших лабораторних досліджень;

- вивчення лікувального процесу з урахуванням змін, які могли вплинути на рівень інфекцій (поява нового персоналу, застосування нових процедур, нових лабораторних тестів тощо);

- розробка і організація заходів щодо призупинення розвитку та ліквідації спалаху, які розпочинаються з початку розслідування спалаху, на основі стандартних алгоритмів протиепідемічних заходів, з урахуванням властивостей встановленого збудника, шляхів і факторів передавання збудника (санація джерела інфекцій, зміни дезінфекційних режимів, зазначення спеціальних обмежувальних заходів);

- оцінка ефективності заходів – припинення, зниження захворюваності до фонового рівня.

9. З метою вивчення етіологічної структури ВЛІ та характеристики виділених збудників необхідно провести мікробіологічні дослідження біологічного матеріалу в залежності від нозологічної форми інфекції.

10. Необхідно проводити внутрішньовидове типування виділених мікроорганізмів з визначенням сероварів, фаговарів, антибіотикограм і профілів антибіотикорезистентності, при можливості, визначення плазмідного профілю. Аналіз отриманих даних дозволить визначити шляхи та фактори передавання ВЛІ.

11. Під час спалаху з метою виявлення можливого джерела збудників інфекції серед медичного персоналу слід проводити позачергове бактеріологічне обстеження з дослідженням біологічного матеріалу залежно від етіології та нозологічної форми ВЛІ, а саме:

- при стафілококовій етіології спалаху – слизові оболонки передніх відділів носа;

- при стрептококовій етіології - матеріал із зіву;

- при захворюваннях, етіологічним чинником яких є грамнегативні умовно патогенні бактерії, важливого значення набувають дослідження, які направлені на виявлення осіб із в'ялим перебігом ниркової патології (пієлонефрити) та кишковими захворюваннями;

- при виникненні захворювань на сальмонельоз та інші гострі кишкові інфекції, у т. ч. вірусної етіології, проводяться необхідні мікробіологічні та серологічні дослідження із застосуванням сучасних діагностикумів та тест-систем – Некр, бактеріологічне дослідження фекалій.

- при захворюваннях, обумовлених дріжджоподібними грибами роду *Candida*, обстежують виділення із носоглотки, уретри, піхви.

12. Одночасно здійснюють бактеріологічне дослідження об'єктів внутрішнього середовища, які могли стати факторами передавання інфекції.

13. Проводять зіставлення збудників ВЛІ, виділених від хворих на ВЛІ, мікроорганізмів, виділених від медичного персоналу та з об'єктів навколишнього середовища стаціонару за видовою та типовою належністю, а також за біологічними властивостями, зокрема за профілями антибіотикорезистентності.

14. Проводять аналіз захворюваності на ВЛІ новонароджених та породіль у цьому та функціонально з'єднаному з ним стаціонарі:

- під час спалаху;
- за місяць, при необхідності – за більш тривалий період часу, що передував виникненню групового захворювання;
- проводять аналіз захворюваності, яка була використана при визначенні фонового рівня в стаціонарі;
- аналізують співвідношення локальних та генералізованих форм ВЛІ за місяць, що передував виникненню групового захворювання, а при необхідності – за більш тривалий період часу;
- вивчають інфекційну захворюваність серед медичного персоналу;
- аналіз даних санітарно-бактеріологічного обстеження об'єктів внутрішнього середовища в лікувальному закладі;
- виявлення джерела інфекції. Допоміжним способом при встановленні джерела спалаху може бути побудова епідемічної кривої, у якій на осі абсцис відкладається кількість випадків, на осі ординат – час у днях;
- визначення провідних факторів передачі та умов, що сприяли виникненню групового захворювання;

15. Аналіз захворюваності повинен включати:

- вивчення особливостей клінічних проявів ВЛІ новонароджених та породіль;
- співставлення клінічних діагнозів із епідеміологічними;
- вивчення етіологічної структури ВЛІ і біологічних властивостей їх збудників, передусім профілів антибіотикорезистентності, чутливості до дезінфектантів.

- вивчення даних мікробіологічної лабораторії, яка проводить поточні дослідження в стаціонарі про виділення з біологічного матеріалу умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів протягом трьох місяців, за необхідності і більше, що передували спалаху.

16. При функціонуванні акушерського стаціонару у складі багатопрофільної лікарні, проводять аналіз даних мікробіологічної лабораторії щодо виділення з біологічного матеріалу того самого мікроорганізму, який є етіологічним фактором спалаху ВЛІ в акушерському стаціонарі.

17. Аналіз захворюваності ВЛІ в акушерському стаціонарі необхідно проводити на підставі:

- матеріалів офіційної реєстрації випадків інфекційної захворюваності відповідно до форм первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» та № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань», затверджених наказом МОЗ від 10.01.2006 № 1, зареєстрованим в Мін'юсті 08.06.2006 за № 686/12560;

- результатів вивчення форм облікової статистичної документації № 096/о «Історія пологів» та №097/о «Картка розвитку новонароджених», затверджених наказом МОЗ України від 26.07.99 №184;

- карт епідспостереження;

- даних комісії з інфекційного контролю стаціонару щодо фонового рівня ВЛІ;

- результатів вивчення форм облікової статистичної документації № 102/о «Журнал відділень (палат) для новонароджених» та № 008/о «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі», затверджених наказом МОЗ України від 26.07.99 № 184;

- інформації про захворюваність, що надійшла від дитячих поліклінік та лікарень, жіночих консультацій, гінекологічних та хірургічних відділень лікарень для дорослих;

- форми облікової статистичної документації № 013/о «Протокол (карта) патологоанатомічних досліджень», затвердженої наказом МОЗ України від 26.07.99 № 184;

- результатів досліджень за життя і посмертних за останні 1-3 місяці, даних ЗОЗ про померлих новонароджених та породіль.

18. При вивченні особливостей клінічного перебігу ВЛІ новонароджених необхідно врахувати:

- початок захворювання;

- співвідношення важких і легких форм клінічного перебігу ВЛІ.

Вивчення інфекційної захворюваності у медичного персоналу проводити за 1-3 місяці за:

- фактами непрацездатності;
- таблицями обліку робочого часу;
- даними диспансерного нагляду.

19. Під час проведення розслідування спалаху необхідно скласти з вказаними прізвищами списки таких категорій осіб:

- захворілих і померлих дітей під час групових інфекційних захворювань в акушерському стаціонарі (табл.1 додатка 1 до цього Порядка);
- новонароджених та породіль, що перебували в контакті із захворілими та померлими (таблиця 2 додатка 1 до цього Порядка);
- новонароджених та породіль, які перенесли захворювання не менш ніж за 1-3 місяці до виникнення спалаху (табл.3 додатка 1 до цього Порядка);
- медичного персоналу, що перенесли захворювання за 1-3 місяці до виникнення спалаху (табл.4 додатка 1 до цього Порядка).

20. Виявлення джерела інфекції групового захворювання проводять на основі даних клінічного та мікробіологічного обстеження медичного персоналу, породіль і новонароджених.

21. Проводять внутрішньовидове типування виділених збудників для виявлення конкретних шляхів та факторів передавання, оскільки під час групових захворювань відбувається розширення масштабів санітарно-бактеріологічних досліджень на патогенні та умовнопатогенні мікроорганізми з урахуванням припустимого етіологічного фактора (табл.5 додатка 1 до цього Порядка).

22. Висновки про характер спалаху (харчового, контактного, водного тощо), шляхи (харчовий, контактний, парентеральний тощо) та фактори передавання (руки медичного персоналу, лікарські форми, молочні суміші, інструменти, апаратура тощо) визначають на основі обстеження новонароджених, породіль та медичного персоналу, співставлення даних санітарно-бактеріологічного обстеження об'єктів навколишнього середовища.

23. Необхідно виявити обставини, що сприяли виникненню групових захворювань:

- несвоєчасна ізоляція та переведення захворілих;
- лікування малих форм ВЛІ в акушерському стаціонарі;
- порушення в роботі централізованого стерилізаційного відділення, аптеки, молочної кімнати, дезінфекційних камер;
- порушення в постачанні білизни, у роботі пральні;

- недотримання медичним персоналом санітарно-гігієнічних та протиепідемічних правил і вимог;
- аварійні ситуації в системі водопостачання, каналізації, вентиляції, електромережі, а також постійні перебої у водопостачанні;
- нерегулярне навчання медичного персоналу з питань дотримання протиепідемічного режиму, у т.ч. правил миття рук;
- недостатня забезпеченість мийними, дезінфекційними та засобами стерилізації або їх використання з порушенням інструкції;
- невідповідність кількості пологів потужності стаціонару;
- недостатня матеріально-технічна оснащеність пологового будинку (відділення);
- інше.

24. На основі аналізу захворюваності на ВЛІ новонароджених, їх етіологічної структури, особливостей клінічного перебігу, умов, що сприяли виникненню групового захворювання, біологічної характеристики штамів, які циркулюють в стаціонарі, необхідно зробити висновки про причини групового захворювання, про тип епідемічного процесу, джерело інфекції, шляхи та фактори передавання, що обумовили виникнення захворювання. З урахуванням цих висновків слід терміново розробити та реалізувати комплекс протиепідемічних і профілактичних заходів щодо локалізації та ліквідації групових ВЛІ захворювань.

25. У комплексі заходів щодо ліквідації спалаху необхідно відобразити вимоги до усунення виявлених порушень в роботі акушерського стаціонару та пропозиції щодо запобігання епідемічним ускладненням в майбутньому.

26. Результати розслідування спалаху та розроблені заходи щодо його ліквідації мають бути доведені до відома медичних працівників стаціонару.

27. Заключне повідомлення про результати проведеного розслідування спалаху та прийняті заходи подаються Міністерству охорони здоров'я України після закінчення розслідування, але не пізніше ніж через 35 днів після первинної інформації.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги
населенню
Моїсеєнко Р.О.**

**Директор Департаменту
державного санітарно-
епідеміологічного нагляду
Пономаренко А.М.**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 № 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 21.06.2007 №
698/13965

ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЛІКАРЯ-ЕПІДЕМІОЛОГА АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ

1. Посада лікаря-епідеміолога акушерського стаціонару входить до штатного розкладу закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та затверджується головним лікарем лікувально-профілактичного закладу згідно з чинним законодавством.

2. На посаду лікаря-епідеміолога призначається спеціаліст, який має повну вищу медичну освіту (спеціаліст, магістр), спеціалізацію зі спеціальності «Епідеміологія» (інтернатура, курси спеціалізації) та сертифікат з цієї спеціальності, а також підготовку з питань інфекційного контролю.

3. Лікар-епідеміолог в своїй роботі безпосередньо підпорядковується головному лікарю ЗОЗ та наділяється повноваженнями до залучення медичного персоналу до створення та ефективного функціонування системи інфекційного контролю в акушерському стаціонарі.

4. У своїй діяльності лікар-епідеміолог керується цим законодавством про охорону здоров'я, нормативними документами територіальних органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.

5. Госпітальний лікар-епідеміолог уходить до складу Комісії з інфекційного контролю (далі - КІК).

6. Головним завданням лікаря-епідеміолога акушерського стаціонару є впровадження ефективної системи інфекційного контролю в акушерському стаціонарі.

7. Лікар-епідеміолог акушерського стаціонару:

7.1. Визначає перелік донозологічних і нозологічних форм, які підлягають обліку в стаціонарі.

7.2. Визначає попередню робочу версію стосовно певного випадку для кожної донозологічної та нозологічної форми гнійно-запального захворювання (далі – ГЗЗ).

7.3. Розробляє форми збору інформації (карти активного епідеміологічного нагляду за ГЗЗ у новонароджених та породіль) для внутрішнього обліку.

7.4. Визначає перелік показань та обсяг мікробіологічних досліджень для внутрішнього контролю дотримання санітарно-протиепідемічного режиму.

7.5. Визначає механізми одержання інформації із відділень та мікробіологічної лабораторії.

7.6. Бере участь у корекції підходів щодо емпіричного застосування антибіотиків та периопераційної антибіотикопрофілактики.

7.7. Бере участь у розробці епідеміологічно безпечних алгоритмів лікувально-діагностичних процедур.

7.8. Бере участь у розробці навчальних програм з інфекційного контролю та здійснює контроль у перевірці знань.

7.9. Здійснює епідеміологічний нагляд за ГЗЗ, проводить епідеміологічний аналіз та розроблення пропозицій щодо вдосконалення профілактичних та протиепідемічних заходів у стаціонарі, що включає:

- розробку програми епіднагляду;
- контроль щоденного заповнення форм для збору інформації щодо ГЗЗ, виявлення та реєстрація всіх форм ГЗЗ, перш за все, у відділеннях високого ризику щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій;
- проведення епідеміологічної діагностики всіх форм ГЗЗ у новонароджених, породіль з урахуванням факторів ризику шляхом проведення оперативного і ретроспективного аналізу медичної документації;
- формування бази даних результатів епідеміологічного та мікробіологічного моніторингу для проведення епіданалізу;
- проведення аналізу щоденної інформації з відділень про фактори ризику ГЗЗ, випадки інфекційних захворювань серед пацієнтів;
- щомісячний аналіз результатів епідеміологічного нагляду та мікробіологічного моніторингу;
- визначення найбільш ефективних антибактеріальних та дезінфекційних засобів за результатами епіддіагностики;
- розробку рекомендацій щодо ефективних ізоляційно-обмежувальних заходів хворих з ГЗЗ;
- контроль проходження медичних оглядів та щеплень серед персоналу акушерського стаціонару;
- збір і аналіз інформації про незвичайні реакції на введення імунобіологічних препаратів, розслідує причини їх виникнення;
- виявлення випадків порушення санепідрежиму.

7.10. Своєчасно інформує КІК лікувального закладу про результати щомісячного аналізу результатів епідеміологічного спостереження;

7.11. Співпрацює з територіальними органами санітарно-епідеміологічної служби.

8. Госпітальний лікар-епідеміолог має право:

8.1. Організовувати та проводити для працівників стаціонару практичні заняття з питань протиепідемічного режиму.

8.2. Користуватися всією необхідною для проведення епідеміологічного аналізу медичною документацією.

8.3. Спостерігати за проведенням лікувально-діагностичних маніпуляцій, пов'язаних з ризиком внутрішньолікарняного інфікування.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги
населенню
Моїсеєнко Р.О.**

**Директор Департаменту
державного санітарно-
епідеміологічного нагляду
Пономаренко А.М.**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 № 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 21.06.2007
№ 699/13966

ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО КОМІСІЮ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

1. Для координації діяльності акушерського стаціонару щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) створюється Комісія з інфекційного контролю (далі - КІК).

2. До складу КІК входять заступник головного лікаря ЗОЗ (він же і очолює комісію), завідувачі структурних підрозділів, а також госпітальний лікар-епідеміолог стаціонару, головна акушерка, завідувач бактеріологічної лабораторії, у якій проводяться мікробіологічні дослідження для стаціонару.

3. КІК працює відповідно до положення та плану, затверджених головним лікарем ЗОЗ.

4. Засідання КІК проводяться щомісяця, а у разі ускладнення епідситуації – за потреби.

5. Основним завданням КІК є координація заходів персоналу ЗОЗ з метою попередження виникнення внутрішньолікарняних інфекцій (далі – ВЛІ).

6. Функції КІК:

6.1. Розробляє та впроваджує програму інфекційного контролю у стаціонарі у відповідності до діючих галузевих нормативних документів.

6.2. Обґрунтовує необхідність заходів профілактики ВЛІ та їх фінансування.

6.3. Організує систему захисту професійного здоров'я медичних працівників.

6.4. Здійснює організацію занять з інфекційного контролю та приймання заліків у медичного персоналу двічі на рік за темами занять, про що робиться відмітка в санітарній книжці.

6.5.Оцінює ефективність заходів інфекційного контролю та розробляє рекомендації щодо їх удосконалення.

6.6.Вирішує питання щодо проведення закриття стаціонару та проведення дезінфекції.

6.7.Призначає відповідальних осіб за розробку та впровадження окремих заходів виконання програми інфекційного контролю.

6.8.Аналізує ефективність заходів інфекційного контролю.

6.9.Забезпечує взаємодію з адміністрацією стаціонару та держсанепід-службою.

7. Рішення КІК оформляються протоколом, затверджуються наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я та доводяться до відома всіх співробітників.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги
населенню
Моїсеєнко Р.О.**

**Директор Департаменту
державного санітарно-
епідеміологічного нагляду
Пономаренко А.М.**