

УДК 616.9-057-084

ПРО ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕПІДЕМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

В. Г. Даниленко, О. С. Каневський, А. В. Коломоєць

Центральна СЕС МОЗ України, Київ,
Дорожня клінічна лікарня № 1 на станції Київ Південно-Західної залізниці

Ключові слова: госпітальні інфекції, профілактика, дезінфекція.

До числа професійних захворювань, що найчастіше спостерігаються у медичного персоналу, належать гепатит В та гепатит С. Згідно з даними ВООЗ, від гепатиту В у світі щодня гине один медичний працівник. Одним з головних чинників ризику зараження гепатитами В і С є контакт із кров'ю. Тому найвищі показники захворюваності на ці вірусні гепатити зафіксовані у таких професійних групах: хірурги, акушери-гінекологи, працівники лабораторій, процедурні сестри.

Загальна інфікованість медичних працівників вірусом гепатиту В з парентеральним механізмом передачі, за оцінками фахівців, становить близько 33%.

Розвиток епідемії СНІДу в світі, зокрема в Україні, створив проблему професійного захворювання медичних працівників і на цю небезпечну хворобу. Пацієнти, яких госпіталізують, мають різний ступінь захворювання, при цьому багато хто не знає про нього. Ризик зараження, хоча й значно менший, ніж у разі вірусного гепатиту В (через меншу концентрацію у крові людини і нижчу вірулентність ВІЛ), але не такий вже й незначний. У світі зареєстровано понад 100 випадків професійного зараження ВІЛ-інфекцією. Переважна більшість з них є наслідком уколу голкою чи травмування різальним інструментом.

Існує небезпека зараження медичних працівників також іншими інфекціями, але ризик при цьому різний при різних інфекціях. В умовах роботи амбулаторно-поліклінічних установ велике значення мають також захворювання, спричинені умовно-патогенною мікрофлорою. Поширенню госпітальних інфекцій сприяє розмаїття збудників (понад 300 видів), формування госпітальних штамів, що мають високу стійкість до несприятливих чинників навколишнього середовища, у тому числі до ультрафіолетового випромінювання, висушування, стійкість до медикаментів.

Усе викладене є незаперечним доказом реальної загрози стану здоров'я медичного персоналу, зумовленої особливостями професійної діяльності. У зв'язку з цим виникає потреба в організації ефек-

тивно функціонуючої системи забезпечення професійної безпеки й охорони здоров'я медиків, що має враховувати не тільки специфіку профілю закладу, а й конкретні функції персоналу. Треба особливо наголосити на винятковій ролі старшої сестри амбулаторно-поліклінічного закладу. Це сестринський склад, що тривалий час працює за спеціальністю, має організаторські навички, чудово розуміється на питаннях режимного характеру [1].

Загалом організація дезінфекційної справи і її реалізація молодшою та середньою медичними ланками є складним, трудомістким щоденним обов'язком. «Інструкція щодо профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією», затверджена наказом МОЗ України від 25.05.00 р. за № 120, орієнтує на те, що кожного, хто звертається по медичну допомогу, потрібно вважати потенційним носієм ВІЛ. Це вимагає постійного удосконалювання заходів щодо профілактики госпітального інфікування, і в першу чергу вірусними гепатитами В, С та ВІЛ-інфекцією.

У питаннях профілактики госпітального інфікування медиків, так само як і пацієнтів, чи не найголовнішу роль відіграє чистота рук медичного персоналу. Мікроорганізми, які перебувають на шкірі людини, поділяють на: постійну бактеріальну флору (фізіологічну чи резидентну) і тимчасову (транзиторну) флору.

Фізіологічну бактеріальну флору механічно усунути нелегко, але вона не має хвороботворних властивостей.

Тимчасову флору на шкірі рук медичного персоналу часто утворюють хвороботворні мікроорганізми, наприклад *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Corynebacterium diphtherae*.

У природних умовах розмноження хвороботворних мікроорганізмів на шкірі здорових рук не відбувається; воно спостерігається у разі мікротравмування шкіри, коли виникають сприятливі умови для швидкого розмноження мікроорганізмів.

Належне знезараження рук персоналу —

один з основних елементів профілактики госпітальних інфекцій. У розв'язанні цієї проблеми першим кроком може стати створення відповідних умов у місцях миття рук. До технічних засобів забезпечення чистоти рук належать дозатори мийного лосьйону, дозатори для антисептиків, одноразові рушники високої якості.

Наступним важливим кроком має стати навчання персоналу правильного виконання стандартних процедур. Під час навчання медичних працівників розробленим процедурам гігієни рук слід визначити, які техніки миття у певних ситуаціях будуть визнані основним обов'язком персоналу.

Оптимальною, з погляду забезпечення високого рівня інфекційної безпеки медперсоналу, може бути така процедура обробки після контамінації рук. Гігієнічному миттю має передувати обробка антисептиком для запобігання контамінації (забрудненню) навколишніх предметів вихлюпами води з раковини. У цьому разі видимий бруд видаляють з рук за допомогою серветок, просочених антисептиком (Хоспісепт-серветки), потім на сухі руки наносять антисептичний розчин (наприклад АХД 2000 чи Хоспісепт) — не менш як 3 мл і проводять обробку (втирають антисептик у шкіру протягом не менш як 30 секунд). Після закінчення антисептичної обробки руки мийуть рідкими мийними засобами (Ваза-софт, Ваза 2000, Ваза-піна). Їх наносять на руки за допомогою спеціальних настінних диспенсерів і висушують одноразовим рушником. Використання твердого мила для миття рук не є доцільним через швидку його контамінацію. Небажано також застосовувати електрорушники, оскільки повітря, яке вони подають для сушіння рук, може містити різноманітні мікроорганізми, що обсідають внутрішні деталі апарата.

Гігієнічну антисептичну обробку з подальшим миттям рук проводять завжди: після контакту зі шкірою пацієнта, медичними відходами; перед контактом із хворим; після контакту з ранами чи ушкодженими тканинами, виділеннями, секретом; перед надяганням захисних рукавичок і після їхнього знімання.

У разі здійснення хірургічних утручань проводять хірургічну обробку рук. Хірургічна обробка рук передбачає миття рук, вигинів і передпліч мийними лосьйонами протягом 2–5 хвилин і подальшу дезінфекцію рук втиранням антисептичного засобу (Хоспісепт чи АХД 2000 — не менш як 10 мл) протягом 3–4 хвилин. Антисептик залишається на руках до повного висихання без споліскування чи до висушування стерильним рушником (під час усієї процедури обробки руки мають бути повсякчас зволожені антисептиком). Препара-

тат слід наносити на сухі руки, щоб уникнути його розведення. Цей метод дає змогу видалити тимчасову флору і знижує до мінімуму кількість бактерій, що утворюють постійну (резидентну) флору. Після завершення обробки надівають стерильні рукавички.

Рукавички треба змінювати після кожного пацієнта — як хірургічні, так і захисні. При цьому слід пам'ятати, що використання захисних рукавичок не є альтернативою застосуванню антисептичних розчинів для обробки рук, а служить лише додатковим захисним засобом для запобігання професійному інфікуванню медперсоналу. Після зняття рукавичок обов'язково проводять гігієнічну обробку рук. Рукавичками можна користуватися один раз. Їхнє миття, дезінфекція, посипання тальком, упакування та стерилізація коштують дорожче, ніж придбання нових. Латексні рукавички, що їх використовують у медичних закладах, недовговічні й ушкоджуються, як правило, після кожної процедури. Навіть непомітні мікротріщини роблять рукавички надалі непридатними.

Другим за значенням чинником інфікування медичного персоналу є медичний інструментарій та інші вироби медичного призначення (ВМП). І тут у питаннях профілактики госпітальних інфекцій у медичних закладах молодшому і середньому медперсоналу належить основна, чільна роль.

Підготовку ВМП до стерилізації потрібно проводити в спеціально виділених приміщеннях — санітарних блоках, обладнаних ефективною вентиляцією, мийними ваннами з підведеною гарячою та холодною водою. Однак починати таку обробку доцільно безпосередньо в робочих кабінетах, щоб уникнути висихання й прилипання біологічних субстратів до поверхні предметів. З цією метою кабінети вкомплектовують спеціальними ванночками із знімними ситами, які щільно закриваються кришками. Кришки запобігають потраплянню пари шкідливих речовин з робочих розчинів у повітря приміщень, а знімні сита полегшують виконання процедури подальшої обробки ВМП.

Сучасний розвиток дезінфектології дає можливість, використовуючи один робочий розчин дезінфекційного засобу, розв'язати питання дезінфекції і передстерилізаційного очищення медичного інструментарію [1]. Для виконання цієї процедури ВМП занурюють у робочий розчин призначеного для цього препарату (приміром Лізоформіну 3000). Після завершення часу експозиції виріб мийуть у цьому ж робочому розчині за допомогою йоржів чи ватно-марлевих тампонів і промивають під проточною водою (протягом 3–10 хв, до зникнення запаху дезінфектанту), а потім 30–40 с — у дистильованій воді. Промитий

медичний інструментарій сушать, бажано гарячим повітрям у сушильній шафі за температури +85 °С до повного зникнення вологи. Підготовлений у такий спосіб інструментарій направляють для стерилізації паровим, повітряним чи хімічним методами залежно від технічних можливостей і характеру матеріалу, що стерилізують [4].

Поряд із названими чинниками не останню роль у виникненні та поширенні госпітальних інфекцій відіграє забрудненість різноманітних поверхонь. Чистота у приміщеннях лікувального закладу є його своєрідною візитною карткою. Це перше, на що звертає увагу пацієнт, який відвідує поліклініку чи прибуває на лікування до стаціонару.

Щоденне, ретельне й неухильне виконання вимог санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму в ході виконання професійних обов'язків і є основою системи заходів щодо профілактики госпітальних інфекцій.

Вибираючи дезінфектант для обробки предметів медичного призначення та різноманітних поверхонь у приміщеннях лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), слід пам'ятати, що застосування дезінфекційних засобів в Україні дозволене тільки після спеціалізованого оцінювання їхньої ефективності та якості, випробування у практичних умовах, затвердження Головним державним санітарним лікарем України чи його заступником методичних рекомендацій щодо застосування, після проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, внесення до Облікового переліку дезінфекційних засобів в Україні й видачі посвідчення про можливість застосування засобу в Україні [2].

Засоби для дезінфекції поверхонь у приміщеннях ЛПЗ мають відповідати таким вимогам [2,3]:

1. Забезпечувати загибель збудників госпітальних інфекцій — бактерій, вірусів, грибів — за кімнатної температури.
2. Мати мийні властивості й добре поєднуватися з мийними засобами.
3. Мати відносно низьку токсичність (4–3 клас небезпеки) і бути нешкідливими для довкілля.
4. Бути поєднуваними з різноманітними видами матеріалів (не псувати поверхні, що обробляються).
5. Бути стабільними, простими в користуванні;
6. Не фіксувати органічні забруднення.

Для проведення таких робіт вважаємо за доцільне застосовувати багатокомпонентні препарати, що мають добрі очисні й водночас дезінфекційні властивості (наприклад Лізоформін спеціаль). З огляду на низьку їхню токсичність, обробляти ними поверхні можна навіть у присутності людей. Видається доцільним також укомплектувати лабораторії, маніпуляційні, операційні,

процедурні кабінети препаратами швидкої дії (Аеродезин 2000), якими можна швидко знезаражувати невеликі поверхні в екстрених та аварійних ситуаціях. Проте в інших випадках: дезінфекція поверхонь у маніпуляційних та операційних, проведення генеральних прибирань, дезінфекція поверхонь, що, як наперед відомо, забруднені біологічними субстратами, та ін. — для обробки приміщень доцільно застосовувати дезінфектанти високого рівня, тобто на основі альдегідів (приміром Лізоформін 3000 у концентрації 0,25–0,5%), пероксидних сполук (Дивозан форте в концентрації 0,1% і под.), які здатні знищувати навіть стійкі госпітальні штами мікроорганізмів, що можуть утворюватися внаслідок застосування дезінфектантів низького рівня.

Не менш важливе значення, ніж властивості дезінфектанту, для досягнення безпечного рівня деконтамінації поверхонь (тобто звільнення їх від хвороботворних мікроорганізмів) має метод проведення дезінфекційних робіт. Метод оброблення з використанням одного відра та протирання поверхонь ганчір'ям, просякнутим дезрозчином, призводить до швидкого насичення робочого розчину органічними субстратами та його дезактивації. Щоб уникнути такої ситуації, рекомендують застосовувати «систему двох відер», коли ганчір'я після протирання поверхні миють у другому відрі з чистою водою і лише після того занурюють у відро з дезрозчином. Ще кращий результат дає «метод чистого ганчір'я», коли продезінфіковане, а то й простерилізоване ганчір'я, використовують для протирання поверхонь однократно, що цілком унеможливорює контамінацію робочого розчину. Використане у такий спосіб ганчір'я далі підлягає централізованій дезінфекції та пранню. Рекомендується також застосовувати засоби технічного забезпечення дезінфекційних робіт — спеціальні візки для прибирання, які не тільки зменшують фізичне навантаження на персонал, а завдяки додатковим засобам (мішки для збирання використаних матеріалів, пристрої для відтискання ганчір'я, посудини для робочих розчинів тощо) допомагають підвищити якість обробки поверхонь [3].

Насамкінець зауважимо, що в ЛПЗ здійснюється не лише лікувально-діагностична діяльність, а й дуже широкий комплекс санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів задля профілактики госпітальних інфекцій, які є специфічною категорією хвороб людини, пов'язаних з отриманням хворим певної медичної допомоги і перебуванням пацієнта у медичному закладі.

На чолі цієї багатогранної роботи — профілактики госпітальних інфекцій — стоїть медична сестра — головний організатор, виконавець і від-

повідальний контролер, правильність діяльності якого залежить від рівня знань і практичних навичок, які здобувають безупинним навчанням.

Свідоме ставлення й ретельне виконання ме-

дичним персоналом вимог протиепідемічного режиму запобігатиме професійним захворюванням медпрацівників, що допоможе значною мірою знизити ризик виникнення й поширення госпі-

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Акимкин В. Г., Манькович Л. С., Лившиц Д. М.* Медицинская сестра — основное звено в профилактике внутрибольничных инфекций // Сестринское дело.— 1998.— № 5-6.— С. 42–43.
2. *Зарицький А. М.* Епідеміологічна концепція застосування дезінфекційних засобів / Зб. матеріалів наради-семінару з актуальних питань дезінфекційної справи в Україні, Севастополь, 11–13 верес. 2002 р.— К., 2002.— С. 19–22.
3. *Федорова Л.* Санитарная обработка поверхностей в помещениях ЛПУ // Сестринское дело.— 2001.— № 1.— С. 30–32.
4. *Шандала М. Г.* Методологические проблемы современной дезинфектологии / Сб. материалов Всерос. науч. конф. «Актуальные проблемы дезинфектологии в профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний», посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Вашкова.— М., 2002.— С. 9–16.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В. Г. Даниленко, А. С. Каневский, А. В. Коломоец

В статье рассмотрены факторы, способствующие возникновению и распространению внутрибольничных инфекций, и основные пути профилактики профессионального инфицирования медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений.

SOME QUESTIONS ABOUT EPIDEMICAL SAFETY IN AMBULATORY CLINICS

V. G. Danylenko, O. S. Kanevsky, A. V. Kolomojets

There were described some factors, influenced on spreading nosocomial infections and the main aspects of prophylaxis professional associated infections of medical staff in ambulatory clinics.