

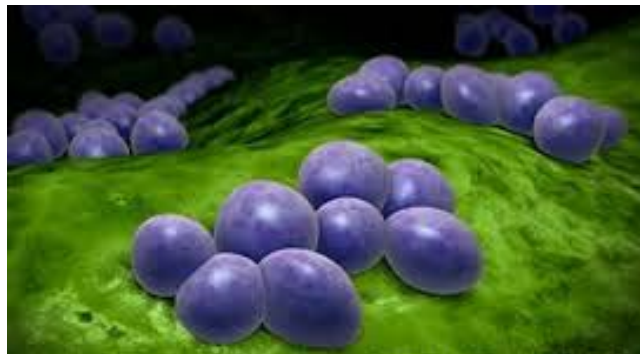


ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА  
НАУКОВО-МЕДИЧНА БІБЛІОТЕКА

Дніпропетровська обласна державна адміністрація  
Департамент охорони здоров'я  
КЗ «Дніпропетровська обласна науково-медична  
бібліотека»ДОР  
Відділ інформаційного забезпечення охорони здоров'я  
області

# Технологія управління закладом охорони здоров'я

## Внутрішньолікарняна інфекція: причини виникнення та профілактика



*Дайджест*

Випуск 2

*Дніпро*  
2017

*Технологія управління закладом охорони здоров'я. [Текст]: дайджест – /Укладач: Г.Я. Єржак. – Дніпро: ДОНМБ, 2017. – вип.2. – с.25.*

**Інвестиції в знання завжди приносять найбільший прибуток**

***Бенджамін Франклін***

На сьогодні система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінців галузі охорони здоров'я посідає ключове місце і передбачає дотримання принципу безперервності навчання, основною метою якого є забезпечення і підтримка високого професійного рівня фахівців в умовах прискореного розвитку медичної науки. Необхідний рівень кваліфікації керівних кадрів у галузі охорони здоров'я досягається шляхом поєднання різних видів навчання в навчальних закладах післядипломної освіти, а також системної самоосвіти та постійної практичної діяльності керівників, які мають працювати в умовах інноваційної економіки, коли потреба в нових знаннях випереджає темпи набуття цих знань. В Україні гострою є потреба в підготовці управлінців нової генерації, компетентних фахівців, що здатні приймати ефективні рішення в нових суспільних умовах. Враховуючи цю проблему, Дніпропетровська обласна науково-медична бібліотека розпочала у 2014 році випуск дайджесту для керівників галузі в електронному вигляді. Мета дайджесту – ознайомити медичних фахівців з основним масивом документів щодо законодавчої, правової, організаційної роботи з кадрового менеджменту, прогнозування розвитку персоналу. Дайджест включає в себе анотовані статті з науково-медичних журналів та з фахових видань для головного лікаря і його заступників, які забезпечують їх найактуальнішою інформацією у сфері управління закладом охорони здоров'я. Дайджест формується з періодичних видань за період з 2015 по 2017 роки. Інформація представлена українською та російською мовами.

З електронною версією цього інформаційного видання запрошуємо ознайомитися на нашому сайті у розділі [«Інформаційна підтримка. Сторінка керівника»](#).

Документи, які пропонує дайджест, у друкованому варіанті можна отримати у відділі обслуговування бібліотеки. *У разі зацікавленості в матеріалах окремих статей, рекомендуємо скористатися сервісом [«Електронна доставка документів»](#) з метою отримання повного тексту.*

Кунинець О. Перевірка закладу охорони здоров'я Держсанепідслужбою: що потрібно знати керівнику /О.Кунинець //Управління закладом охорони здоров'я. – 2016. – №1. – С.8–17

*Проведення господарської діяльності з медичної практики у нашій країні регулюється багатьма законами, постановами, наказами та іншими нормативними актами. При цьому за дотриманням нормативних приписів стежить не один десяток відомств. І не тільки стежить, а й періодично проводить перевірки. Одним із таких відомств є Державна санітарно-епідеміологічна служба України. Розглянемо, як підготуватися та успішно пройти перевірку.*

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюється спеціалістами територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби України (далі – Держсанепідслужба) відповідно до Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 № 4004-ХІІ (далі – Закон № 4004), «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-ІІІ (далі – Закон № 1645) та інших нормативних актів.

Порядок перевірок (планових і позапланових) суб'єктів господарювання, якими, зокрема, є лікувально-профілактичні заклади, визначає Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 05.04.2007 № 877-У (далі – Закон № 877).

Планування перевірок здійснюється також відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності для санітарного та епідемічного благополуччя населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) Державною санітарно-епідеміологічною службою та її територіальними органами» від 30.11.2011 № 1405.

Лікувально-профілактичні заклади, які надають стаціонарну медичну допомогу населенню, належать до суб'єктів господарювання з високим ступенем ризику, а отже, підлягають **плановій перевірці не частіше, ніж раз на рік.**

Лікувально-профілактичні заклади, які надають амбулаторну медичну допомогу населенню, належать до суб'єктів господарювання із середнім ступенем ризику та підлягають **плановій перевірці не частіше, ніж раз на три роки.**

### **Строки проведення перевірок**

Строк здійснення планової перевірки не може перевищувати п'ятнадцяти робочих днів, а для суб'єктів малого підприємництва – п'яти робочих днів,

якщо інше не передбачено законом. Строк здійснення позапланової перевірки не може перевищувати десяти робочих днів, а щодо суб'єктів малого підприємництва – двох робочих днів, якщо інше не передбачено законом.

У разі, коли за результатами двох останніх планових перевірок не виявлено фактів порушення вимог законодавства у сфері санітарно-епідемічного благополуччя населення, наступна планова перевірка такого суб'єкта господарювання проводиться не раніше ніж через період часу, встановлений для відповідної групи ризику, збільшений у 1,5 рази. Однак ця норма не поширюється на суб'єктів господарювання з високим ступенем ризику.

### **Підстави для проведення позапланових перевірок**

Здійснення позапланових заходів проводять відповідно до вимог статті 6 Закону № 877. Нею визначено **6 підстав для здійснення позапланових заходів.**

Насамперед це подання суб'єктом господарювання письмової заяви до територіального органу Держсанепідслужби про здійснення заходу державного нагляду (контролю) за бажанням суб'єкта господарювання.

Іншою підставою є виявлення та підтвердження недостовірності даних, заявлених у документах обов'язкової звітності, поданих суб'єктом господарювання.

Причиною позапланового візиту перевіряльників може стати й перевірка виконання суб'єктом господарювання приписів, розпоряджень або інших розпорядчих документів щодо усунення порушень вимог законодавства, виданих за результатами проведення планових заходів органом державного нагляду (контролю).

*Перевіряти виконання розпорядчих документів, виданих за результатами позапланових перевірок, законодавець не дозволяє. Тому контролюючий орган змушений довіряти інформації, отриманій від суб'єкта господарювання про стан виконання о припису, розпорядження тощо. Відповідальність у цьому випадку повністю покладається на заклад і його керівника, який своїм підписом засвідчує достовірність інформації, перевірити яку можна лише під час проведення наступної планової перевірки. На практиці часто виникає незрозуміння цієї ситуації з боку громадськості чи журналістів, особливо, якщо перевірка об'єкта пов'язана із розслідуванням спалаху інфекційного захворювання, вивченням причин виникнення професійної хвороби тощо.*

Четвертою підставою є обґрунтоване звернення фізичної особи про порушення суб'єктом господарювання її законних прав. Слід зазначити, що, починаючи з 2014 року, законодавець передбачив відповідальність, внівши відповідні зміни до закону, фізичних осіб, які подали безпідставне звернення про порушення суб'єктом господарювання вимог законодавства.

Кузенков Р.В. Організація системи інфекційного контролю у відділеннях інтенсивної терапії зі застосуванням клінічних інформаційних та моніторингових систем /Р.В.Кузенков, О.М.Ковальова, Ю.О.Гончарова //Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – №3. – С.180–184.–Режим доступу до журн.: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-sistemi-infektsiynogo-kontrolyu-u-viddilennyah-intensivnoyi-terapiyi-zi-zastosuvannyam-klinichnih-informatsiynih-ta>

Госпітальні інфекції (ГІ) зустрічаються в усьому світі – як у розвинених країнах, так і в країнах з обмеженими ресурсами. За даними ВООЗ, від 5 % до 10 % пацієнтів, які госпіталізуються в сучасні стаціонари у розвинених країнах, отримують одну або більше інфекцій, пов'язаних з медичною допомогою; у країнах, що розвиваються, ці цифри є значно вищими. Зокрема більше половини дітей до 1 року, які лікуються у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) Бразилії та Індонезії, страждають інфекцією, що асоціюється з наданням медичної допомоги. Госпітальні інфекції посідають шосте місце серед причин смертності в США та Європи. Зважаючи на вищенаведене ВООЗ започаткувала ініціативу – глобальне завдання із забезпечення безпеки пацієнтів, мета якого об'єднати обов'язки усіх учасників – тих, хто відповідає за визначення політики, тих, хто працює на передовій, пацієнтів і керівників – для того, щоб забезпечити надання відповідної, «чистої» та безпечної допомоги в повсякденних умовах в усіх країнах. Першим глобальним завданням Всесвітнього альянсу є зменшення інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Тому профілактика ГІ шляхом впровадження системи ІК у ВІТ є обов'язковою функцією всіх учасників процесу медичного обслуговування в лікувальному закладі. Мета роботи – вивчити та проаналізувати світовий досвід з організації системи ІК у ВІТ, визначити основні її праймери, адаптувати їх до національних умов та інкорпорувати у програмний комплекс автоматизації та управління лікувальними закладами «DORADO». За визначенням Slee V. N. система ІК представляє собою міждисциплінарний комплекс взаємопов'язаних заходів організаційного, технічного та медичного характеру, які з однієї сторони посилюють інфекційний захист самого пацієнта та зменшують вірогідність його контамінації й інфікування, а з іншої – координують усі напрями діяльності лікувального закладу з метою створення в ньому безпечного, неінфекційного середовища. Основна мета запровадження системи ІК – зменшити частоту інфекцій, розвиток яких пов'язаний з наданням медичної допомоги. За класифікацією F. H. Morriss ГІ відносяться до несприятливих медичних подій, що відбулися внаслідок медичних помилок. Тому методологічним інструментарієм для визначення основних праймерів системи ІК було обрано засади безпеки пацієнтів – нової медичної дисципліни, що

сформувалася на рубежі ХХ-ХХІ сторіч у відповідь на вкрай неприйнятну статистику медичних помилок та несприятливих подій у медичній практиці. На сьогодні вчені розглядають безпеку пацієнта як замкнутий цикл, що складається з трьох елементів:

1. Базовий менеджмент вихідних, уже відомих пацієнт-залежних і пацієнт-незалежних ризиків (закладання вихідних бар'єрів).

2. Моніторинг, реєстрація та аналіз медичних помилок і несприятливих подій у процесі надання медичної допомоги (ідентифікація слабких місць в існуючих бар'єрах).

3. Здатність здобувати уроки з інцидентів та реагувати на них шляхом розробки та запровадження рішень щодо мінімізації ризиків їх повторення у май-бутньому (побудова нових бар'єрів). Взнявши за основу цей принцип, а також застосувавши системний міждисциплінарний підхід, нами було обґрунтовано та розроблено модель ІК у ВІТ. На сьогодні є багато наукових праць, у яких ви-світлено ризики, які можуть сприяти розвитку ГІ. Їх можна розподілити на декілька груп: пацієнт-залежні та пацієнт-незалежні, які, в свою чергу, розподіляються на ризики, зумовлені людськими факторами та ризики, зумовлені дефектами у системі надання медичної допомоги. Ризики, що зумовлені особами, які перебувають у прямому контакті з пацієнтом, виникають внаслідок недостатніх знань, неналежного виконання рутинних навичок, порушення правил виконання процедур або протоколів. До ризиків, зумовлених дефектами у системі надання медичної допомоги відносять: дефіцит навченого медичного персоналу, необдуманний робочий тиск та помилкові управлінські рішення з організації лікувально-діагностичного процесу, неадекватну інфраструктуру, недостатню забезпеченість обладнанням, дефіцит протоколів та стандартів. Тому базовий менеджмент відомих ризиків, що зумовлені людським фактором, повинен включати такі заходи:

– Навчання та моніторинг дотримання медичним персоналом правил гігієни рук для зменшення ризику перехресного інфікування згідно з рекомендаціями ВООЗ, розробленими в рамках реалізації Першої Глобальної Ініціативи ВООЗ «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги» та її щорічної глобальної кампанії «Рятуйте людські життя: дотримуйтеся чистоти рук».

– Навчання та тренінги для лікарів, медичних сестер і суміжних медичних працівників з питань локальної епідеміології, факторів ризику розвитку ГІ, наслідків лікування та догляду за катетерами.

– Розробка та запровадження протоколів виконання маніпуляцій, включаючи катетеризації вен, та догляду за катетерами. Навчальні програми з тренінгами, що стосуються безпосередньо самої катетеризації вени (підготовка обладнання, обробки шкіри, деталізована техніка катетеризації), експлуатації катетера (гігієна рук, маніпуляції з заглушками) та догляду за катетером (зміна місця знаходження, тип та частота зміни серветок, відновлення прохідності), є більш ефективними, якщо до їх розробки залучають медичний персонал.

– Розробка протоколів з чіткими рекомендаціями щодо показань, протипоказань та схем призначення антибіотиків.

– Застосування клінічних практик, що засвідчили свою ефективність.

Базовий менеджмент відомих ризиків, зумовлених дефектами у системі надання медичної допомоги потребує:

– Запровадження у лікарнях системи інфекційного контролю, політики та практики дезінфекції, стерилізації та зберігання апаратів ШВЛ відповідно до стандартів доказової медицини.

– Постійного оцінювання ефективності методів дезінфекції та стерилізації засобів медичного призначення.

– Забезпечення адекватної кількості персоналу для зменшення ризику розвитку госпітальних інфекцій. Співвідношення пацієнт-медсестра до 2:1 збільшує ці ризики у 4 рази.

– Розробка та запровадження алгоритмів асептичної підготовки медикаментів до введення та асептичного введення їх безпосередньо пацієнтам.

– Стандартизація міждисциплінарних комунікацій щодо показань до постановки катетера, догляду за ними з використанням доказових технологій.

**Салманов А. Інфекційний контроль у закладах охорони здоров'я шкірно-венерологічного профілю /А.Салманов //Практика управління медичним закладом. – 2017. – №4. – С.12–25**

Робота медичного персоналу в шкірно-венерологічних відділеннях, палатах або кабінетах, насамперед, пов'язана з ризиками інфікування збудниками захворювань під час надання медичної допомоги (діагностичних та лікувальних процедур) пацієнтам. Тому особливе значення у створенні безпечних умов праці приділяється забезпеченню недопущення передачі збудників інфекційних захворювань як медичному персоналу, так і іншим пацієнтам.

Згідно з чинним законодавством України керівництво закладу охорони здоров'я незалежно від форм власності та відомчого підпорядкування несе повну відповідальність за створення необхідних умов праці в шкірно-венерологічному диспансері, у т. ч. укомплектування медичними кадрами, матеріально-технічне обладнання, господарське забезпечення тощо.

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, є актуальною проблемою охорони здоров'я як в медичному, так і в соціальному та економічному аспектах для усіх країн світу, зокрема України. Вони можуть призводити до смерті або інвалідності, а внаслідок інфекційного ураження зростають строки перебування пацієнта у стаціонарі, відповідно, підвищується й вартість його лікування.

Останнім часом в Україні спостерігаємо тенденцію до зростання захворюваності на шкірно-венеричні хвороби, що передаються контактно-побутовим і статевим шляхами. Існує також ризик передачі збудників інфекційних захворювань в умовах закладів охорони здоров'я внаслідок недотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Особливе занепокоєння викликає те, що ці захворювання вражають переважно населення фертильного віку, і надалі це негативно впливає на репродуктивну функцію; серед таких хворих – значна кількість неповнолітніх.

Напружена соціально-економічна ситуація в країні спричиняє зростання шкірно-венерологічних захворювань, погіршує їх перебіг, що призводить до збільшення термінів тимчасової втрати працездатності та зростання показників інвалідності.

Зважаючи на тенденцію до підвищення кількості випадків венеричних захворювань, слід передбачити розширення мережі дерматовенерологічних стаціонарів (відділень, кабінетів) з урахуванням необхідності госпіталізації хворих для лікування та ізоляції джерел розповсюдження заразних шкірних і венеричних хвороб. Але незадовільна фінансово-економічна ситуація в країні поки що не дає змоги розширити цю мережу.

У лікувальному закладі існують багато потенційних причин та чинники передачі збудника будь-якої (бактеріальні, вірусні, грибкові тощо) інфекції, зокрема джерела та резервуари інфекції (пацієнти, персонал, відвідувачі, студенти, апаратура, інструменти, білизна тощо). Хворі можуть бути інфіковані патогенними факторами як із зовнішнього середовища, так і своїми власними – у випадку ослабленого імунітету. Крім того, існує ризик передачі мультирезистентних штамів мікроорганізмів, стійких до дії антибіотиків, антисептиків та дезінфектантів.

З цією метою, крім контролю за дотриманням санітарно-гігієнічних вимог щодо приміщень, особистої гігієни, необхідно здійснювати й адекватні до інфекції профілактичні та протиепідемічні заходи.



Важливе значення у попередженні виникнення лікарняної інфекції має особиста гігієна медичного працівника. Він має бути зразком чистоти й акуратності. Медичний працівник повинен дотримуватися правил особистої гігієни та гігієни одягу, носити чистий халат, косинку (шапочку), яка закриває волосся. Халат має прикривати одяг, у ньому не можна виходити за межі лікарні. Тапочки повинні бути шкіряні або гумові, зручні для санітарної обробки. Медичний працівник має слідкувати за чистотою свого тіла (гігієнічний душ перед роботою, миття рук перед і після маніпуляцій, перед їжею, після відвідування туалету).

**Салманов А. Організація дезінфекційних і стерилізаційних заходів у закладах охорони здоров'я /А.Салманов //Практика управління медичним закладом. – 2016. – №8. –С.18–30**

В Україні заходи щодо стерилізації медичних виробів регламентуються Державними санітарними нормами та правилами «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», затвердженими наказом МОЗ України від 11 серпня 2014 р. №552, що набирає чинності 1 вересня 2016 р. Однак нормативно-правового акта МОЗ України або Державної санітарно-епідеміологічної, служби, що встановлює порядок здійснення дезінфекції та стерилізації в закладах охорони здоров'я, наразі немає. За таких умов доцільним є застосування міжнародних/європейських стандартів у цій сфері з урахуванням досвіду країн Європейського Союзу, що викладені у цій статті.

### **Загальні положення**

З метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій (далі– ВЛІ) у закладах охорони здоров'я здійснюють дезінфекційні і стерилізаційні заходи, які включають роботи з профілактичної і осередкової дезінфекції, дезінсекції, дератизації, знезаражування, передстерилізаційного очищення і стерилізації виробів медичного призначення.

Відповідальність за організацію і здійснення дезінфекційних (дезінфекція, дезінсекція, дератизація) і стерилізаційних (передстерилізаційне очищення, стерилізація) заходів, а також за навчання персоналу з цих питань несе керівник закладу охорони здоров'я.

Для здійснення дезінфекційних і стерилізаційних заходів заклади охорони здоров'я слід регулярно забезпечувати м'якими і дезінфекційними засобами різного призначення, шкірними антисептиками, засобами для стерилізації виробів медичного призначення, а також стерилізаційними пакувальними матеріалами і засобами контролю (у тому числі хімічними індикаторами).

Необхідно мати окремі ємності з робочими розчинами дезінфекційних засобів, використовуваних для оброблення різних об'єктів:

- для дезінфекції, передстерилізаційного очищення і стерилізації виробів медичного призначення, а також для їх попереднього очищення (у разі використання засобів, які мають фіксуючі властивості);

- для дезінфекції поверхонь у приміщеннях, меблів, апаратів, приладів і обладнання;

- для знезаражування прибирального матеріалу, відходів класів Б і В.

**Ємності з робочими розчинами дезінфекційних засобів повинні бути обладнані припасованими кришками, мати чіткі написи із зазначенням засобу, його концентрації, призначення, дати приготування, граничного терміну придатності розчину.**

Профілактична дезінфекція здійснюється:

- за планом;
- за епідеміологічними показниками;
- за санітарно-гігієнічними показниками.

**Планова профілактична дезінфекція** проводиться систематично в закладах охорони здоров'я за відсутності в них ВЛІ, коли джерело збудника не виявлене і збудник не виділений, з метою:

- зменшення мікробного обсіменіння об'єктів внутрішньолікарняного середовища і запобігання можливості розмноження мікроорганізмів;

- запобігання поширенню мікроорганізмів через вироби медичного призначення, руки і шкірні покриви медичного персоналу і хворих;

- звільнення приміщень закладу охорони здоров'я і навколишньої території від членистоногих і гризунів.

**Салманов А. Профілактика інфекцій області хірургічного втручання /А.Салманов //Практика управління медичним закладом. – 2016.– №9.– С.30–41**

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, що вражає хворого в результаті його надходження в лікарню або звернення за медичною допомогою незалежно від появи симптомів захворювання в пацієнта під час перебування в стаціонарі або після його виписки, а також інфекційне захворювання співробітника лікувальної організації внаслідок його інфікування під час роботи в такій організації підлягає обліку і реєстрації як внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ). Наразі у країнах Європейського Союзу використовується термін «Інфекції, пов'язані (асоційовані) з наданням медичної допомоги». Однією з найбільш поширених ВЛІ є інфекція області хірургічного втручання.

Згідно з наказом МОЗ України «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічній нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика» від 4 квітня 2008 р. № 181 інфекція області хірургічного втручання (далі – ІОХВ) – це гнійно-запальна інфекція, яка виникла протягом 30 діб після операції у разі відсутності імплантату, трансплантату та протезного пристрою або протягом 1 року при встановленні імплантату, трансплантату та протезного пристрою.

Слід зазначити, що гнійно-запальна інфекція не вважається внутрішньолікарняною за умови ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнта до операції, за виключенням випадків, коли виявлення нового мікроорганізму або зміни характеру клінічної симптоматики дає змогу з високим ступенем імовірності запідозрити набуття нової інфекції.

### **Критерії визначення інфекцій області хірургічного втручання**

Критерії визначення ІОХВ – це сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. **Клінічний діагноз та вибір методів лікування ІОХВ встановлюється хірургом. Критерії визначення ІОХВ призначені для епідеміологічної діагностики, але застосовуються також для встановлення клінічного діагнозу.**

### **Визначення ІОХВ відбувається на основі важливих принципів**

По перше, дані, на підставі яких виявляється і потім класифікується ІОХВ, є різними комбінаціями клінічних ознак, а також результатів лабораторних та інших видів діагностичних досліджень. Клінічні дані отримують шляхом безпосереднього спостереження за станом хворого або вивчення медичної картки пацієнта або іншої статистичної документації, які є в лікарні. Лабораторні дані включають результати бактеріологічних посівів і мікроскопічних досліджень біологічного матеріалу хворого. Додаткові дані отримують за допомогою інших методів діагностичних досліджень: рентгенографічних, ультразвукових (УЗД), ендоскопічних, біопсії або пункції тощо.

По друге, прийнятним критерієм щодо наявності інфекції є діагноз хірурга, що ґрунтується на результатах безпосереднього спостереження під час хірургічного втручання, ендоскопічного дослідження, інших діагностичних процедур або встановлений на підставі клінічних даних, якщо немає доведених даних, що заперечують такий діагноз (наприклад, якщо запис помилково занесений до картки іншого хворого або діагноз встановлений попередньо і не підтверджується подальшими дослідженнями). Таким чином, у кожному конкретному випадку походження інфекції слід визначати лише на

основі даних, які можуть підтвердити факт інфікування в стаціонарі у зв'язку з хірургічним лікуванням хворого.

**За міжнародною класифікацією, ІОХВ** поділяють на дві групи: інфекції хірургічного розрізу та інфекції органу/порожнини. У свою чергу, інфекції хірургічного розрізу залежно від глибини ураження тканин також поділяють на поверхневі ІОХВ розрізу (із залученням до запального процесу тільки шкіри та підшкірної клітковини) та глибокі ІОХВ розрізу (із залученням до запального процесу глибоких м'яких тканин).

### **Важливо знати**

Гнійно-запальна інфекція не вважається внутрішньолікарняною за умови ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнта до операції, за виключенням випадків, коли виявлення нового мікроорганізму або зміни характеру клінічної симптоматики дає змогу з високим ступенем імовірності запідозрити набуття нової інфекції.

ІОХВ органу/порожнини залучають до запального процесу будь-який анатомічний відділ організму (орган або порожнину), окрім тих покрівів чи стінок органу в області розрізу, які були розкриті чи піддавались маніпуляціям в процесі операції.

**Салманов А. Профілактика інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги: міжнародний досвід /А.Салманов //Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – №6. – С.10–17**

Останнім часом в Україні спостерігається зростання кількості інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Незважаючи на впровадження в медичну практику новітніх технологій профілактики та лікування, кількість цих інфекцій не зменшується. Досвід розвинених країн свідчить, що проблему внутрішньолікарняних інфекцій можна розв'язати лише за умови організації ефективної системи епідеміологічного нагляду, своєчасного здійснення профілактичних та протиепідемічних заходів. У етапі наведено рекомендації, що ґрунтуються на рекомендаціях ВООЛ та міжнародному досвіді.

### **Основні принципи профілактики інфікування пацієнта**

Перед проведенням планових операцій необхідно виявити і забезпечити санацію вогнищ наявної в пацієнта хронічної інфекції на догоспітальному рівні. Доцільно коригувати клінічні показники у пацієнтів у передопераційному періоді.

Слід максимально скорочувати терміни перебування пацієнта в стаціонарі (відділенні) у період передопераційної підготовки.

Якщо пацієнту виконуватимуть операцію в плановому порядку, попереднє обстеження слід проводити в амбулаторно-поліклінічних умовах. Тоді хірургічне втручання в стаціонарі (відділенні) здійснюватиметься без повторного обстеження, адже кожний зайвий день перебування в стаціонарі збільшує ризик приєднання ВЛІ.

Терміни виписки пацієнтів з хірургічного стаціонару (відділення) визначаються станом їхнього здоров'я. З епідеміологічних позицій виправдана рання виписка пацієнтів.

Дозволяється відвідування пацієнтів родичами, знайомими. Порядок відвідування встановлюється адміністрацією лікувальної організації. Для пацієнтів, стан яких не вимагає цілодобового спостереження і лікування, можливо організувати денне перебування у стаціонарі.

Персонал має дотримуватися заходів епідеміологічної обережності під час роботи з будь-яким пацієнтом. Незалежно від того, чи використовуються рукавички, до і після контакту з пацієнтом, після зняття рукавичок і щоразу після контакту із кров'ю, біологічними рідинами, секретами, виділеннями або потенційно контамінованими предметами і обладнанням проводиться гігієнічна обробка рук.

Під час здійснення маніпуляцій/операцій, що супроводжуються утворенням бризок крові, секретів, екскретів, персонал надягає маску, засоби захисту очей (окуляри, щитки). У разі забруднення будь-яких засобів індивідуального захисту їх замінюють. Перевага віддається засобам захисту одноразового застосування.

Забороняється надягання ковпачків на використані голки. Після використання шприци з голками скидаються у непроколювані контейнери. Якщо потрібно відділити голки від шприців, необхідно передбачити їхнє безпечне відсікання (спеціальними настільними контейнерами з голковідсікачами або іншими безпечними засобами, що пройшли реєстрацію у встановленому порядку). Гострі предмети скидають у непроколювані контейнери. Будь-який пацієнт розглядається як потенційне джерело інфекції, що створює епідеміологічну небезпеку для медичного персоналу. Пацієнтів з хірургічною інфекцією ізолюють у відділення гнійної хірургії, а за його відсутності – в окрему палату.

Перев'язування пацієнтів, що мають гнійне відокремлюване, здійснюють в окремій перев'язній, а за її відсутності – після перев'язування пацієнтів, що не мають гнійного відокремлюваного. Пацієнтів оглядають у рукавичках і одноразових фартухах.

Персонал обробляє руки спиртовмісним шкірним антисептиком не лише до огляду і перев'язування інфікованих пацієнтів, а й після.

Пацієнти з гострим інфекційним захворюванням підлягають госпіталізації в спеціалізований стаціонар (відділення); за життєвими показниками через оперативне втручання – ізоляції в окрему палату.

**Салманов А. Стратегічний план дій з профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги /А.Салманов //Практика управління медичним закладом. – 2017. – №1. – С.58–68**

Стратегічний план визначає мету, принципи, напрями удосконалення національної системи профілактики ІПМД, механізми забезпечення її функціонування, а також очікуваний соціально-економічний ефект.

Стратегічний план сприятиме удосконаленню нормативного, правового та методичного забезпечення системи профілактики ІПМД, лабораторної діагностики і моніторингу антибіотикорезистентності збудників зазначених інфекцій, системи навчання медперсоналу в цій сфері. Йдеться і про впровадження сучасних підходів та оптимізацію комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів профілактики у закладах охорони здоров'я, підвищення ефективності дезінфекційних і стерилізаційних заходів тощо.

Так, планується створити єдину систему нормативних актів, що забезпечуватимуть ефективну профілактику ІПМД, а також локалізацію інфекцій, їх ліквідацію у разі виникнення й адекватну компенсацію потерпілим; підготувати стандарт перевірки дотримання обов'язкових вимог, спрямованих на профілактику ІПМД у закладах охорони здоров'я залежно від їх профілю; розвинути методи епідеміологічної діагностики.

Крім того, варто оптимізувати перелік показань для мікробіологічного і клінічного досліджень матеріалу та об'єктів лікарняного середовища, систему забору і доставки зразків біологічного матеріалу в лабораторію. Розробити цільові комплексні програми профілактики ІПМД для національного (державного), регіонального, муніципального рівнів. Впровадити сучасні технології виготовлення, транспортування і роздачі їжі в закладах охорони здоров'я.

У разі реалізації Стратегічного плану очікується зниження смертності, інвалідності та ускладнень від ІПМД, збільшення трудового потенціалу нації за рахунок запобігання тимчасовій та постійній втраті працездатності населення внаслідок захворювань. Також можна буде подбати про безпеку пацієнтів і персоналу під час надання медичної допомоги.

Загальним критерієм для віднесення випадків інфекцій до ІПМД є безпосередній зв'язок їх виникнення з наданням медичної допомоги (лікуванням, діагностичними дослідженнями, імунізацією тощо). Саме тому до ІПМД належать не лише інфекції, що приєдналися до основного

захворювання у госпіталізованих пацієнтів, а й випадки інфікування, пов'язані з наданням будь-яких видів медичної допомоги (в амбулаторно-поліклінічних, освітніх, санаторно-оздоровчих установах, установах соціального захисту населення, під час надання швидкої медичної допомоги, допомоги вдома тощо), а також випадки інфікування медичних працівників у результаті їх професійної діяльності.

Отже, основними завданнями Стратегічного плану є:

1. Удосконалення нормативного, правового і методичного забезпечення системи профілактики ІПМД, гармонізація нормативних актів з вимогами ЄС та міжнародними стандартами безпеки пацієнта.
2. Удосконалення державної системи епідеміологічного нагляду і контролю за реалізацією заходів щодо профілактики ІПМД.
3. Удосконалення інформаційно-програмного забезпечення епідеміологічного нагляду за ІПМД.
4. Удосконалення лабораторної діагностики і моніторингу збудників ІПМД.
5. Створення цільових комплексних програм профілактики ІПМД.
6. Удосконалення штатної структури і кадрового забезпечення епідеміологічної діяльності в закладах охорони здоров'я.
7. Впровадження сучасних підходів і оптимізація санітарно-гігієнічних заходів профілактики ІПМД у закладах охорони здоров'я.
8. Удосконалення системи навчання медичного персоналу щодо профілактики ІПМД.
9. Оптимізація принципів профілактики ІПМД серед медичного персоналу.
10. Підвищення ефективності профілактичних і протиепідемічних заходів.
11. Підвищення ефективності дезінфекційних і стерилізаційних заходів.
12. Оцінка ефективності комплексу заходів профілактики ІПМД.
13. Розвіток наукових досліджень у галузі епідеміології і профілактики ІПМД.

**Саперкин Н.В. Современные методы мониторинга и контроля чистоты в медицинских организациях /Н.В. Саперкин //Медицинский альманах.-2017.-№1.-С.123–126. - Режим доступа до журн.: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-metody-monitoringa-i-kontrolya-chistoty-v-meditsinskih-organizatsiyah>**

В обзорной статье проанализированы современные принципы и требования к проведению профилактической дезинфекции в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, а также роль дезинфекционных

мероприятий в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. На примере текущих и генеральных уборок детально обсуждаются методы объективного контроля качества проводимых обработок, включая клининг, при этом особое внимание уделено возможности экспресс-контроля достаточности обработки поверхностей объектов внутрибольничной среды. На основе критической оценки зарубежного опыта применения технологий АТФ-люминометрии рассмотрен вопрос использования этого подхода в рамках мониторинга полноты и качества профилактической дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях.

Дезинфекционные мероприятия, как известно, позволяют управлять рисками распространения госпитальных инфекций (включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи – ИСМП) в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, а также обучение персонала по данным вопросам несет руководитель учреждения, который действует на основании нормативно-методических документов. Подобные мероприятия входят в понятие противоэпидемического режима и имеют многокомпонентную структуру, подразумевающую, в частности, профилактическую дезинфекцию. Важным моментом в обеспечении эффективности дезинфекции являются внедрение и использование современных дезинфекционных технологий, которые, помимо всего прочего, предусматривают системное снабжение моющими средствами, дезинфектантами, кожными антисептиками, наличие эргономичного инструментария, емкостей для хранения рабочих растворов и пр. Кроме того, особое значение имеют методики контроля качества проведения разных этапов дезинфекции. Профилактическая дезинфекция может осуществляться в нескольких формах, а именно: плановой, по санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим показаниям. Научным обоснованием проведения профилактической дезинфекции в медицинских организациях является влияние на микробную обсемененность объектов внутригоспитальной среды, создание неблагоприятных условий для размножения микроорганизмов, предупреждение и ограничение распространения микроорганизмов через соответствующие факторы передачи, необходимость деконтаминации различных поверхностей, воздуха, изделий медицинского назначения и медицинских отходов. Особого внимания заслуживают факторы, влияющие на эффективность дезинфекционных мероприятий в медицинских учреждениях, в частности, текущих и генеральных уборок. К ним относится обоснованный выбор дезинфекционных режимов с учетом эпидемиологических особенностей ИСМП (этиологии, механизмов передачи возбудителей и пр.) и характеристик обрабатываемого предмета (состояние и вид поверхностей, конструктивные особенности и пр.). В целом предпочтение при выборе



дезинфекционной технологии и способам контроля качества должно отдаваться практикам с доказанной эффективностью и безопасностью для пациентов и персонала, а также с наличием разрешения к их применению в лечебно-профилактических организациях, которое выдается в установленном на территории нашей страны порядке.

Не менее важными в свете современных особенностей государственных закупок и направленности на импортозамещение являются вопросы, касающиеся выбора самих дезинфицирующих средств (активно действующие вещества, возможность ротации и пр.) и их производителей. Приверженность медицинского персонала (исполнителей) протоколу проведения уборок (кратность, способы, последовательность, тщательность). В этой связи оперативный мониторинг качества проводимых обработок может способствовать поддержанию комплаентности среди лиц, занятых профилактической дезинфекцией, и использоваться в рамках профессиональной подготовки вновь принимаемых на работу. Безусловно, особую роль полноценные дезинфекционные мероприятия играют для обеспечения эпидемиологической безопасности предоперационных, операционных, перевязочных, родовых залов, реанимационных отделений, процедурных и пр. Текущие и генеральные уборки, проводимые в рамках профилактической дезинфекции, подразумевают применение моюще-дезинфицирующих средств и обычно осуществляются способом протирания. Нередко процесс уборки дополняется программой профессионального клининга. Технологии обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также инструкциях по конкретному биоциду и эксплуатации оборудования, предназначенных для дезинфекции воздуха в помещениях. Внедрение современных технологий уборки помещений и обеззараживания медицинских отходов, в конечном счете, определяет поддержание оптимальной степени микробиологической чистоты внутригоспитальной среды. Вне зависимости от обрабатываемых объектов (обеззараживание изделий медицинского назначения, проведение текущих и генеральных уборок) процесс дезинфекции подлежит контролю с точки зрения своевременности, достаточности, полноты и эффективности. В целом же оценка эффективности профилактической дезинфекции в широком смысле рассматривается как составляющая эпидемиологического надзора за ИСМП. Традиционным объективным способом изучения состояния внешней среды медицинской организации являются классические микробиологические методы, позволяющие культивировать бактерии на питательных средах, проводить внутривидовое типирование, а также определять свойства выделенного штамма. Таким образом, классические методы объединяют качественные и количественные показатели. Результаты необходимо ждать от 24 до 72 часов, что снижает оперативность. В то же время сейчас наблюдается

совершенствование средств и методов оценки и контроля эффективности и качества дезинфекции. Оно идет в нескольких направлениях, в том числе в виде разработки, апробации экспресс-методик (англ. rapid tests) и их имплементации в практическое здравоохранение. В качестве примеров хотелось бы отметить программы мониторинга качества уборок, основанные на использовании портативных приборов люминометров и флуоресцентных меток.

**Устойчивость к дезинфицирующим средствам возбудителей гнойно-септических инфекций, выделенных в медицинских организациях разного профиля при разных уровнях внутрибольничной заболеваемости /В.И. Сергеевнин, Т.В. Ключкина, Э.О. Волкова [и др.] //Медицинский альманах.–2015.–№5.–С.105–108.–Режим доступа до журн.: <https://cyberleninka.ru/article/n/ustoychivost-k-dezinfitsiruyuschim-sredstvam-vozbuditeley-gnoyno-septicheskikh-infektsiy-vydelennyh-v-meditsinskih-organizatsiyah>**

Установлено, что устойчивость возбудителей ГСИ к дезинфектантам коррелирует с уровнем внутрибольничной заболеваемости и чаще выявляется у тех микроорганизмов, которые оказываются доминирующими в развитии эпидемического процесса ГСИ в конкретной медицинской организации. В последние десятилетия появилось значительное количество работ, в которых сообщается о выявлении устойчивости возбудителей внутрибольничных гнойно-септических инфекций (ГСИ) к основным группам дезинфицирующих средств (ДС). При этом, с одной стороны, подчеркивается, что устойчивость возбудителей к ДС в медицинских организациях (МО) формируется чаще при вспышках ГСИ по сравнению со спорадической заболеваемостью. С другой стороны, указывается, что уровень устойчивости к ДС зависит от вида возбудителя ГСИ. В частности констатируется, что резистентность к ДС чаще вырабатывает синегнойная палочка. Вместе с тем вопрос о том, в какой степени формирование устойчивости конкретных микроорганизмов к ДС связано с уровнем заболеваемости среди пациентов МО разного профиля, остается открытым.

**Цель работы:** оценка устойчивости к дезинфицирующим средствам возбудителей гнойно-септических инфекций, выделенных в медицинских организациях разного профиля при разных уровнях внутрибольничной заболеваемости.

#### **Материал и методы**

В соответствии с методическими рекомендациями изучена чувствительность к 27 ДС 661 штамма возбудителей ГСИ 17 видов (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter koseri*, *Citrobacter freundii*, *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter*

*lwoffii*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus cohnii*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*, *Serratia marcescens*, *Proteus mirabilis*), изолированного от пациентов и из больничной среды трех акушерских, семи реанимационных, пяти хирургических и одного терапевтического стационаров. Оценку устойчивости проводили на тест-поверхностях (стекло, металл, пластик, дерево, клеенка). Использовали ДС на основе четвертично-аммониевых соединений – ЧАС, ЧАС и амина, ЧАС и альдегида; ЧАС и гуанидина; ЧАС, амина и гуанидина; хлорсодержащие ДС, содержащие дихлорантин или натриевую соль дихлоризоциануровой кислоты; кислородсодержащие. В случаях, когда дезинфектант согласно инструкции мог быть использован не только для обработки объектов больничной среды, но и инструментов, дополнительно к исследованиям на тест-поверхностях проводили исследования в растворе (22 ДС, 179 штаммов бактерий 9 видов). Параллельно основным исследованиям оценивали чувствительность к ДС музейных тест-культур (*E. coli* № 1257 и *S. aureus* № 906), стандартно применяемых для определения бактерицидного действия дезинфектантов. Использовали предусмотренные инструкциями антибактериальные концентрации ДС (0,01–1%) и экспозиции обработки (15–60 мин). Для нейтрализации ДС применяли 3%-й твин-80 с 0,3%-м лецитином. Опыты ставили в трех повторах при условии получения однотипных результатов, при разнотипных результатах исследования повторяли до 8 раз. Штамм микроорганизмов считали чувствительным к ДС при отсутствии роста или при росте на питательной среде до 300 КОЕ/мл: полная чувствительность – при отсутствии роста, неполная чувствительность – при наличии роста (100–299 КОЕ/мл – дезинфектант оказывает суббактерицидное действие, от 1 до 99 КОЕ/мл – неполное бактерицидное действие). Штамм считали устойчивым к ДС в изучаемом режиме при росте 300 КОЕ/мл и более. Рассчитывали долю штаммов, устойчивых к ДС, от общего количества изученных микроорганизмов в %. Заболеваемость ГСИ в изучаемых МО оценивали по данным официальной регистрации за 2010–2013 гг. Выявление истинной заболеваемости ГСИ осуществляли на примере результатов анализа 4847 карт стационарного больного многопрофильной больницы для взрослых, в структуре которой имеются отделения ОРИТ, четыре отделения хирургического профиля и терапия, и 8941 истории развития новорожденных перинатального центра. Статистическую обработку материалов по оценке заболеваемости и устойчивости возбудителей ГСИ к ДС проводили путем расчета критерия соответствия  $\chi^2$  с поправкой Йэйтса.

**Шайхразиева Н.Д. Современная система стерилизационных мероприятий в многопрофильном стационаре /Н.Д.Шайхразиева, И.М.Фазулзянов// Медицинский альманах.– 2015.–N 1.– С.13–16.–Режим доступа до журн.: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-sterilizatsionnyh-meropriyatiy-v-mnogoprofilnom-statsionare-1>**

Внутрибольничные, или госпитальные, инфекции (ВБИ) являются в настоящее время одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. Они причиняют ущерб здоровью пациентов, нередко наслаиваясь на основное заболевание, значительно утяжеляя его течение, требуют дополнительных материальных расходов, тем самым нанося ущерб здравоохранению. Проблема ВБИ в настоящий момент приняла глобальный характер. Особенно остро она стоит для экономически развитых стран с широкой сетью лечебных учреждений. По данным зарубежных исследований, проведенных в 14 странах, установлено, что в среднем у 8,7% больных во время пребывания в стационаре развиваются ВБИ, при этом в стационарах различного профиля колебание показателей заболеваемости составляет от 3 до 20,7%. Многообразие причин, влияющих на развитие внутрибольничных инфекций, повышает необходимость оценки роли и перспектив развития отдельных составляющих этой проблемы. Существенное значение имеют строгое соблюдение санитарных норм и правил, дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, входящие в систему мер неспецифической профилактики внутрибольничных инфекций. Стерилизация изделий медицинского назначения является важнейшим мероприятием неспецифической профилактики внутрибольничных инфекций. Ей принадлежит основная роль в системе противоэпидемических мероприятий, направленных на прерывание парентерального и контактного путей передачи возбудителей инфекции. В последнее время в связи с развитием медицинской техники, внедрением в практику современных технологий лечения и диагностики сформировался новый, так называемый искусственный (искусственный) механизм передачи инфекций, связанный с выполнением лечебных и диагностических процедур. Весьма велико число ВБИ, передаваемых искусственным путем: гепатиты В, С, Д, ВИЧ-инфекция, сифилис, токсоплазмоз, листериоз, герпес, малярия и др. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 2 млрд человек (треть населения земли), инфицированных вирусными гепатитами. Это в 50 раз превышает распространенность ВИЧ-инфекции. По данным многих авторов можно предположить, что примерно у 5 млн больных развиваются внутрибольничные инфекции. В связи с возникновением осложнений длительность госпитализации больных увеличивается в среднем на 506 дней. Таким образом, в целом по стране теряется 25–30 млн койкодней ежегодно. По расчетам, дополнительные расходы, связанные с внутрибольничными

инфекциями, составляют ежегодно около 200 млрд рублей. В настоящее время созданы все предпосылки к радикальному решению проблемы профилактики ВБИ с парентеральным механизмом передачи. В передовых клиниках мира процесс стерилизации хирургических инструментов, белья, перевязочного материала осуществляется в центральных стерилизационных отделениях (ЦСО), которые представляют собой уникальный инженерно-технический комплекс, оснащенный современной техникой, гарантированно обеспечивающий стерильность изделий медицинского назначения, инженерные решения, технологическое оборудование и условия труда в таких отделениях доказали преимущества создания ЦСО. Для снижения уровня внутрибольничных инфекций в современных условиях, наряду с другими мероприятиями, необходимо совершенствование существующих, а также разработка и внедрение в практику лечебно-профилактического учреждения новых научно-обоснованных методов дезинфекции и стерилизации и создание централизованных стерилизационных отделений. Основные преимущества централизованной стерилизации:

- обеспечивается высокоэффективная предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения высококвалифицированным медицинским персоналом;

- значительно повышается качество и надежность стерилизации;

- наиболее рационально используется высокоэффективное технологическое оборудование;

- наиболее эффективно осуществляется контроль за стерилизацией;

- высвобождается значительная часть медицинского персонала в клинических отделениях, занимающегося вопросами стерилизации при децентрализованной системе;

- повышается культура обслуживания больных;

- упрощается организация и повышается качество обслуживания технологического оборудования;

- сокращаются эксплуатационные расходы, упрощаются процессы замены оборудования, и затраченные капиталовложения сравнительно быстро окупаются;

- материальные расходы на проведение стерилизации при централизованной системе снижаются примерно в 2,8 раза по сравнению с децентрализованной;

- за счет внедрения взаимозаменяемого персонала легко компенсируется отсутствие внезапно выбывших сотрудников;

–появляются широкие возможности стерилизации современными методами термолабильного лечебно-диагностического оборудования, что в значительной степени продлевает сроки его использования;

–упрощается составление заявок и приобретение больших партий расходных материалов и их рациональное использование, что влечет за собой снижение капиталовложений.

**Эшматов А.Р. Методика контроля внутрибольничной инфекции / А.Р.Эшматов //Травматология и ортопедия.–2016.–№9.– Режим доступа до журн.:<https://cyberleninka.ru/article/n/metodika-kontrolya-vnutribolnichnoy-infektsii>**

Проблема внутрибольничных инфекций в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Для борьбы с внутрибольничной инфекцией применяется антибиотикопрофилактика. Для адекватного выбора вида антибиотиков нами в условиях Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии предложена методика: внутрибольничный режим антибиотиков. Со всех потенциальных источников инфекции берутся смывы, мазки, и микробиологическим исследованием определяется вид возбудителя и чувствительность к антибиотикам. Путём анализа совокупности результатов выявляется наиболее частый, преобладающий вид микроорганизмов. Подсчётом соотношения чувствительности и резистентности к антибиотикам определяется группа антибиотиков, наиболее эффективных к этой группе микробов. В последующем во всех хирургических отделениях рекомендуется применять данные виды антибиотиков для профилактики воспалительного процесса (госпитальный режим антибиотиков). Периодичность смены режима зависит от материально-технического состояния клиники (ежеквартальная смена режима). Выявление частоты и характера групп возбудителей госпитальной инфекции позволило эффективно организовать работу клинических структур для лечения и профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Знание количественного и качественного состава микрофлоры госпиталя позволяет эффективно проводить противовоспалительную антибиотикопрофилактику осложнений, прогнозировать развитие и характер госпитальной инфекции, определять адекватные меры медикаментозного воздействия. Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей – эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди

пациентов и персонала лечебных учреждений. Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают по меньшей мере у 5–12% больных, поступающих в лечебные учреждения. Так, в США ежегодно регистрируется до 2000000 заболеваний в стационарах, в Германии – 500000-700000, что составляет примерно 1% населения этих стран. В США из 120000 и более больных, зараженных ВБИ, погибают около 25% заболевших и, по оценкам экспертов, ВБИ представляют собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет в США от 5 до 10 млрд. долларов. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПУ последним научным достижениям, а также современным оснащением ЛПУ и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
- исключение внутригоспитальных заражений;
- исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Для выполнения второго пункта данных требований в хирургии применяется антибиотикопрофилактика воспаления послеоперационной раны. Одним из главных факторов неудовлетворительных результатов профилактики раневой инфекции является развитие антибиотикоустойчивых госпитальных штаммов. Практически в послеоперационном периоде хирург назначает антибиотикопрофилактику по «привычке» или методом «что есть», без учёта основных тенденций развития современной микробиологии, в частности, эволюции вышеперечисленной госпитальной инфекции. Выявляем основные источники внутрибольничной инфекции в хирургических стационарах:

1. Больные острыми и хроническими формами гнойно-септических заболеваний либо бессимптомные носители патогенных микроорганизмов (в том числе и медперсонал). Последние имеют большое значение, учитывая, что распространение возбудителей внутрибольничной инфекции происходит в основном воздушно-капельным (воздух) и контактным (руки, белье, перевязочный материал, инструменты, аппаратура и т. д.) путями.

2. Зонами повышенной инфекционной опасности являются палаты и отделения хирургической инфекции, «грязные» зоны операционных

отделений: прачечные и туалеты, души и умывальники в общих стационарах. Со всех этих потенциальных источников инфекции берутся смывы, мазки и определяется микробиологическим исследованием вид возбудителя и чувствительность к антибиотикам. Далее анализируем результаты, выявляем наиболее частый, преобладающий вид микроорганизмов. Простым подсчётом соотношения чувствительности и резистентности к антибиотикам определяем группу антибиотиков, наиболее эффективных к этим микробам. В последующем во всех хирургических отделениях рекомендуем применять данные виды антибиотиков для профилактики воспалительного процесса (госпитальный режим антибиотиков). Периодичность смены режима зависит от материально-технического состояния клиники, однако нами используются сроки 1 раз в квартал (ежеквартальная смена режима). Далее проводили определение чувствительности выявленной флоры к лекарственным препаратам – антибиотикам (антибактериальным препаратам) и бактериофагам. Определение чувствительности к антибиотикам проводили дискодиффузионным методом, используя стандартизованные питательные среды и стандартизованные диски с антибиотиками. Результаты лаборатория выдает по общепринятой градации: «S» – культура чувствительна к антибиотику;

«I» – промежуточный уровень чувствительности;

«R» – культура устойчива.



Відповідальний за випуск  
Укладач  
Редактор

І.М.Цаберябова  
Г.Я.Єржак  
Н.П.Король

Адреса:

49044, м. Дніпро,

вул. Володимира Вернадського, 8,

ДОНМБ, Відділ інформаційного забезпечення охорони здоров'я області

Тел. для довідок (056) 713-45-90

e-mail: [dp.onmb@gmail.com](mailto:dp.onmb@gmail.com)

веб-сайт:<http://medlib.dp.gov.ua>