МИКОЛАЇВСЬКА СІЛЬСЬКА РАДА
СУМСЬКИЙ РАЙОН СУМСЬКА ОБЛАСТЬ
МИКОЛАЇВСЬКА СІЛЬСЬКА ТЕРИТОРІАЛЬНА ГРОМАДА

ВОСЬМЕ СКЛИКАННЯ
СОРОК ДРУГА ПОЗАЧЕРГОВА СЕСІЯ
РІШЕННЯ

від 07.12.2023 № 18
с. Миколаївка

Про затвердження Комплексної Програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаних з наданням медичної допомоги в КНП МСР «АЗПСМ с. Постольне» на 2024 – 2026 роки

Керуючись ст.26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», відповідно до Бюджетного кодексу України, з метою зниження рівня інфекційних захворювань, пов'язаних з наданням медичної допомоги населенню за рахунок вдосконалення комплексу профілактичних та протиепідемічних заходів на території об'єднаної громади, **сільська рада вирішила:**

1. Затвердити Комплексну Програму з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаних з наданням медичної допомоги в комунальному некомерційному підприємстві Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с. Постольне» на 2024 – 2026 роки (додається).
2. Директору Комунального некомерційного підприємства Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с. Постольне» Білінському Роману Миколайовичу забезпечити виконання Комплексної Програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаних з наданням медичної допомоги в комунальному некомерційному підприємстві Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с. Постольне» на 2024 – 2026 роки в повному обсязі.
3. Відділу фінансової та економічно–інвестиційної діяльності сільської ради врахувати за поданням КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА МИКОЛАЇВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ «АМБУЛАТОРІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ С.ПОСТОЛЬНЕ», потребу в асигнуваннях на виконання Програми, виходячи з реальних можливостей бюджету та його пріоритетів.
4. Звіт про хід виконання програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаних з наданням медичної допомоги в

комунальному некомерційному підприємстві Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с. Постольне» на 2024 – 2026 роки заслуховувати на сесії Миколаївської сільської ради за підсумками І півріччя та року.

5. Контроль за виконанням цього рішення покласти на постійну комісії із соціальних питань, забезпечення законності та правопорядку, депутатської діяльності та етики, освіти, охорони здоров'я, культури та спорту.

Сільський голова **Сергій САМОТОЙ**

Комплексна Програма
з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаних з наданням медичної допомоги
в комунальному некомерційному підприємстві Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с.Постольне» на 2024 – 2026 роки

1. Загальна характеристика Програми

1.	Ініціатор розробки Програми	КНП МСР «АЗПСМ с.Постольне»
2.	Дата, номер і назва розпорядчого документа органу виконавчої влади про розроблення Програми	Закон України від 24.02.1994 року № 4004 "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", Закон України від 05.06.2003 року № 913-IV«Про внесення зміни до Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", Закон України „Про державні цільові програми", Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»
3.	Розробник Програми	КНП МСР «с.Постольне»
4.	Відповідальний виконавець Програми	КНП МСР «АЗПСМ с.Постольне»
5.	Учасники Програми	Миколаївська сільська рада, КНП МСР «АЗПСМ с.Постольне»
6.	Термін реалізації Програми	2024-2026 роки
7.	Основні джерела фінансування Програми	Сільський бюджет
8.	Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації Програми	85,85 тис. грн.

Заходи та Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

I. Загальні положення

1. Заходи та Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами (далі — Заходи) призначені для працівників закладів охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) і установ/закладів надання соціальних послуг/ соціального захисту населення (далі — ЗСЗ).

2. Ці Заходи є обов'язковими для всіх ЗОЗ та ЗСЗ усіх форм власності, незалежно від їх відомчого підпорядкування.

3. Виконання цих Заходів у ЗОЗ покладається на його керівника, у структурних підрозділах — на керівника комісії з інфекційного контролю, а в ЗСЗ — на директора.

4. У цих Заходах терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

Clostridium difficile — спороутворююча грам-позитивна анаеробна паличка, яка є найбільш частим збудником діареї та псевдомембранозного коліту, пов'язаних з прийомом антибіотиків (в тому числі інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги);

аерозольгенеруючі процедури — процедури, при проведенні яких може утворюватися велика кількість дрібних часточок, які містять патогени, що збільшує ймовірність інфікування через контакт цих дрібних часточок із слизовими оболонками або шляхом їх вдиханням. До аерозольгенеруючих процедур відносяться наступні процедури/маніпуляції, але не обмежуються ними: інтубація трахеї, трахеотомія і догляд за трахеостомою, аспіраційна санація, забір мокротиння, бронхоскопія, непряма вентиляція легень, інгаляційне введення ліків, дослідження функцій дихання, аутопсія та інші клінічні, хірургічні і лабораторні процедури, які можуть призводити до утворення аерозолю (наприклад, використання операційної кісткової пилки, центрифуги, аспіраційного обладнання);

алогенна трансплантація — вид трансплантації, при якому пересаджують донорські кровотворні клітини (кістковий мозок, кровотворні стволові клітини периферичної крові, кровотворні клітини пуповинної крові), які повністю або частково сумісні за генетичними ознаками;

вірулентність — ступінь хвороботворності (патогенності) інфекційного агента (вірусу, бактерії, грибів, паразитів, пріонів), що реалізується через фактори патогенності;

віспа мавп — рідкісне вірусне захворювання, що зустрічається переважно серед людей, що проживають в тропічних лісах Центральної та Західної Африки;

геморагічні гарячки — інфекційні хвороби спричинені змішаною групою вірусів, що викликають тяжкі хвороби, які проявляються високою температурою тіла, шкірним висипом, кровотечами та високою смертністю;

дезінфекція низького рівня — знищення вегетативних форм мікроорганізмів, окрім мікобактерій туберкульозу;

дезінфекція середнього рівня — знищення вегетативних форм мікроорганізмів, включно з мікобактеріями туберкульозу;

догляд — комплекс заходів, спрямованих на підтримку та/або відновлення сил та/або допомогу у самообслуговуванні пацієнта/отримувача соціальних послуг/дитини (далі — пацієнт) і створення для нього умов, що сприяють швидкому одужанню, попередженню і профілактиці ускладнень захворювання, в тому числі інфікування/безпечності отримання соціальних послуг. Він включає в себе медичні процедури і маніпуляції, підтримку належного гігієнічного стану пацієнта, піклування про чистоту постілі та одягу, організацію харчування пацієнта, надання йому допомоги при прийомі їжі, при туалеті, при різних хворобливих станах, розладах, що виникають у перебігу хвороби (наприклад, блювання, затримка сечі, газів, задишка, епілептичні напади). Гігієнічне утримання приміщення (внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ), в якому знаходиться хворий, не відноситься до догляду;

зона догляду пацієнта — зона в радіусі одного метра навколо пацієнта;

інфекційні агенти — будь-які мікроорганізми (гриби, віруси, бактерії, паразити) або пріони, які здатні викликати патологічний стан (хворобу) у людини;

когортна ізоляція — розміщення пацієнтів з інфекційними хворобами, які викликані одним збудником, в одному приміщенні (кімната, палата, будівля), за умови низького ризику реінфекції та суперінфекції;

колонізація інфекційними агентами (мікроорганізмами) — розмноження мікроорганізмів на частинах тіла або всередині організму людини без проявів імунної відповіді, пошкодження клітин або клінічних проявів;

критичні інструменти — інструменти, що проникають у стерильні тканини та порожнини організму;

мікроорганізми з множинною стійкістю до АМП або мультирезистентні мікроорганізми (далі — МРМО) — переважно бактерії, що є стійкими до дії одного або декількох класів антимікробних препаратів;

напівкритичні інструменти — інструменти, що контактують зі слизовими оболонками або пошкодженою шкірою;

некритичні поверхні/інструменти — поверхні/інструменти, які контактують з непошкодженими шкірними покривами, в тому числі не контактують зі слизовими оболонками;

норовірусна інфекція — гостре інфекційне захворювання викликане норовірусами (раніше відомі як Норфолк-подібні віруси);

оцінка ризиків інфікування (далі — оцінка ризиків) — сукупність аналітичних заходів, що дозволяють спрогнозувати можливість інфікування у певній ситуації при несвоєчасному впровадженні або не впровадженні заходів щодо його попередження;

пацієнти — особи, в тому числі діти, за якими проводиться догляд в процесі отримання медичної допомоги та/або соціальних послуг;

респіраторна терапія — комплекс заходів, які направлені на відновлення вентиляційної і газообмінної функцій легень;

стандартні заходи захисту — група методів профілактики зараження інфекційними хворобами, яких мають дотримуватися працівники ЗОЗ та ЗСЗ, незалежно від наявності/відсутності у пацієнта інфекційної патології та в будь-яких умовах проведення догляду за ними;

точка догляду — місце, де наявні три елементи: пацієнт, працівник та догляд;

фоміт — будь-який предмет чи субстанція, що містить або на якому містяться патогенні мікроорганізми, і при доторкуванні до якого є ризик зараження;

хвороба Крейтцфельда-Якоба (далі — ХКЯ) — швидко прогресуюче дегенеративне неврологічне захворювання;

хепа-фільтр — вид повітряних фільтрів високої ефективності (не менше 99,95%), технічні характеристики якого відповідають Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання;

хіміопрофілактика — запобігання розвитку інфекційних хвороб шляхом прийому хіміотерапевтичних препаратів (антибіотики, противірусні, протипаразитарні, протигрибкові препарати), тобто лікарських засобів природного або синтетичного походження, які вибірково пригнічують розвиток та розмноження інфекційних агентів у організмі людини і, в той же час, не шкодять йому або така шкода є нижчою за можливу внаслідок розвитку хвороби;

АМП — антимікробні препарати;

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини;

КІК — комісія з інфекційного контролю;

ЕМД — екстрена медична допомога;

ПІІК — профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

МВ — муковісцидоз;

ПІТ — палата інтенсивної терапії;

ПЛР — полімеразна ланцюгова реакція;

СОП — стандарт операційної процедури;

ШВЛ — штучна вентиляція легень.

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

Шляхи інфікування

1. Передавання інфекційних агентів потребує наявності трьох елементів: джерела або резервуару, сприйнятливого організму із вхідними воротами і способу/механізму передавання.

2. Для інфекційних агентів, які передаються під час проведення догляду за пацієнтом , джерелом/резервуаром зазвичай є інфікована людина. Однак, об'єкти навколишнього середовища також можуть відігравати роль в передаванні мікроорганізмів.

3. Джерелом/резервуаром серед людей в ЗОЗ можуть виступати пацієнти, працівники, а також відвідувачі. Вони можуть мати активну або таку, що знаходиться в інкубаційному (безсимптомному) періоді, інфекційну хворобу чи бути транзиторно або хронічно колонізованими патогенними мікроорганізмами (найбільш характерні колонізація дихальних шляхів і шлунково-кишкового тракту). Ендогенна флора пацієнтів (наприклад, бактерії, які знаходяться в ротовій порожнині) також можуть викликати інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги (далі — ІПНМД).

4. Інфекційна хвороба — результат складної взаємодії між потенційним хазяїном та інфекційним агентом. Основні фактори, які впливають на виникнення і тяжкість перебігу захворювання, відносяться до хазяїна. Однак, важливу роль відіграють характеристики взаємодії хазяїна і агенту, які пов'язані з патогенністю, вірулентністю і антигенністю. Окремої уваги заслуговують інфікуюча доза, шляхи проникнення і механізми виникнення хвороби. Спектр можливих результатів після взаємодії потенційного хазяїна та інфекційного агенту варіює від безсимптомного захворювання до тяжкої хвороби із летальним наслідком. Крім того, деякі люди схильні до тимчасової або хронічної колонізації, але не хворіють, інші ж можуть захворіти після багатьох років носійства. Також важливим предиктором результату взаємодії інфекційного агенту і потенційного хазяїна є стан імунної системи. Так факторами, які підвищують сприйнятливість організму до інфекцій, є літній вік, деякі основні захворювання (наприклад, ВІЛ/СНІД, злоякісні новоутворення, стан після трансплантації) і вживання певних груп медичних препаратів, що порушують мікробіоту (наприклад, антибіотики, кортикостероїди, протипухлинні препарати та засоби, що знижують кислотність шлунку). Хірургічні втручання і променева терапія порушують захисну функцію шкіри та інших систем і органів, які зазнали їх впливу. Такі медичні пристрої, як сечові катетери, ендотрахеальні трубки, імпланти, центральні венозні і артеріальні катетери, полегшують виникнення ІПНМД (місцеві фактори захисту не мають можливості спрацювати, а на інвазивних пристроях можуть формуватися біоплівки, що

сприяють колонізації і здатні захищати мікроорганізми від проникнення антимікробних засобів).

5. До інфекційних агентів, які можуть викликати інфекційні захворювання при догляді за пацієнтами, відносять віруси, бактерії, гриби, паразити та пріони. Шляхи та механізми передавання варіюють в залежності від типу мікроорганізму. Крім того, для деяких з них характерним є передавання більш ніж одним шляхом (наприклад, переважно шляхом прямого або опосередкованого контакту передаються вірус простого герпесу, респіраторно-синцитіальний вірус (далі — РСВ) і золотистий стафілокок; крапельний шлях характерний для вірусу грипу та кашлюку; переважно повітряний (аерогенний) — мікобактерії туберкульозу; гемоконтактний шлях передавання характерний для вірусів гепатиту В і С, ВІЛ). Слід також розуміти, що не всі мікроорганізми передаються від людини до людини. Заходи захисту, слід застосовувати в залежності від інфекційного агенту.

6. З метою організації ізоляційно-обмежувальних заходів при проведенні догляду за пацієнтом, механізми і шляхи передавання мікроорганізмів відіграють другорядну роль, а на першу виходять шляхи інфікування (зараження), які необхідно розділити на КОНТАКТНИЙ, КРАПЕЛЬНИЙ та ПОВІТРЯНИЙ (аерогенний).

7. Інфікування контактним шляхом — найбільш розповсюджений шлях при проведенні догляду за пацієнтом, у якому виділяють дві підгрупи — шляхом прямого і опосередкованого контактів:

1) інфікування мікроорганізмом шляхом прямого контакту — інфікування шляхом передавання від хворої/контамінованої особи до іншої без участі в цьому процесі проміжного об’єкту або людини. Приклади такого зараження серед працівників:

кров або інші рідини організму пацієнта безпосередньо потрапляють в організм працівника, який проводить догляд, через контакт із слизовими оболонками або пошкодженою шкірою (наприклад, подряпини);

кліщі від хворого на коросту переносяться на шкіру працівника, який проводить догляд, при умові прямого незахищеного контакту зі шкірою пацієнта;

у працівника виникає герпетичне ураження шкіри рук після догляду за ротовою порожниною пацієнта, за умови прямого незахищеного контакту (без використання рукавичок);

2) інфікування шляхом опосередкованого контакту реалізується через контамінований об’єкт навколишнього середовища або людину. Основним фактором такого інфікування при проведенні догляду є руки працівників. Приклади опосередкованого інфікування:

руки працівників можуть переносити патогенні мікроорганізми після доторкування до інфікованих або колонізованих ділянок шкіри пацієнта і об’єктів навколишнього середовища у випадках, якщо гігієнічна обробка рук не проводилася перед доторкуванням до іншого пацієнта;

спільно використовувані іграшки можуть стати причиною інфікування серед пацієнтів дитячих відділень (наприклад, РСВ або синьогнійної палички);

інструментарій, що не пройшов стерилізацію або дезінфекцію (наприклад, хірургічні інструменти та ендоскопи) чи має дефекти, які унеможливлюють його належну деконтамінацію, може бути причиною інфікування бактеріальними і вірусними патогенами.

8. Одяг, уніформа, лабораторні та халати захисту від інфекційних агентів (далі — ХЗІА), що використовуються як засоби індивідуального захисту (далі — ЗІЗ), можуть бути забруднені потенційними патогенами після завершення догляду за пацієнтом або колонізовані

інфекційним агентом (наприклад, метицилін-резистентним стафілококом (далі — МРЗС), ванкоміцин-резистентними ентерококами (далі — ВРЕ) або Clostridium difficile). Незважаючи на відсутність доказів участі ЗІЗ в прямому передаванні патогенів, не виключається їх роль в процесі інфікування пацієнтів (опосередковане інфікування).

9. Інфікування крапельним шляхом, фізично, є формою контактного інфікування і деякі інфекційні агенти, які передаються крапельним шляхом, також можуть передаватися шляхом прямого або опосередкованого контакту. Однак, на відміну від контактного інфікування, контаміновані інфекційним агентом краплі з дихальних шляхів інфікують потенційного хазяїна лише у випадку потрапляння на сприйнятливі слизові оболонки. При цьому відстань між особами має бути незначною, а убезпечитися можна шляхом захисту обличчя. Хворий генерує респіраторні краплі під час кашлю, чхання та розмови або під час таких процедур як ендотрахеальна інтубація, відсмоктування слизу, індукція кашлю за допомогою фізіотерапевтичних методів та під час серцево-легеневої реанімації. Дослідження показали, що слизові оболонки носа і кон'юнктива (рідше слизова ротової порожнини) — основні вхідні ворота для вірусів респіраторної групи. Максимальна відстань для передавання крапель не визначена, однак, вважається, що вона може становити близько трьох метрів в залежності від швидкості і механізму виходу крапель, їх щільності, факторів навколишнього середовища, таких як температура і вологість, а також здатності патогену підтримувати свою вірулентність на цій відстані (хоча раніше вважалося, що інфіковані краплі не передаються далі ніж на один метр навколо хворого). Таким чином, в приміщеннях рекомендовано надягати ЗІЗ обличчя на відстані 2—3 метрів від пацієнта або до входу в його палату, особливо коли існує ймовірність інфікування високовірулентним агентом.

10. Розмір часточки (ядра краплі) також має важливе значення для інфікування, так як від нього залежать підходи до профілактики і контролю таких інфекцій. Наприклад, для мікобактерій туберкульозу розмір ядра краплі становить менше 5 мкм, що виключає туберкульоз з групи інфекційних хвороб з крапельним шляхом інфікування і відносить його до інфекційних агентів з повітряним (аерогенним) шляхом. В групу інфекційних хвороб з крапельним шляхом інфікування входять кашлюк, грип, аденовірусна та риновірусна інфекції, мікоплазмоз (Mycoplasma pneumoniae), інфекції коронавірусної етіології (тяжкий гострий респіраторний синдром (далі — ТГРС), близько-східний респіраторний синдром (далі — MERS), гостра респіраторна вірусна інфекція, викликана SARS-CoV-2 (далі — COVID-19), захворювання викликані стрептококом групи А і менінгококова інфекція. До групи захворювань з крапельним шляхом інфікуванням також відноситься РСВ-інфекція, незважаючи на переважання контактного шляху інфікування. Однак проведення догляду за такими хворими потребує застосування лише стандартних та контактних заходів захисту.

11. В рідкісних випадках патогенні мікроорганізми, для яких не характерне крапельне інфікування, розповсюджуються повітрям на короткі відстані. Наприклад, незважаючи на те, що для золотистого стафілококу характерний контактний шлях інфікування, хворі на гострі респіраторні вірусні інфекції в поєднанні з інфікуванням або колонізацією золотистим стафілококом здатні, за рахунок чхання, розповсюджувати бактерії на відстань до одного метру.

12. Інфікування повітряним (аерогенним) шляхом відбувається внаслідок розповсюдження крапельних ядер або дрібних частинок, які знаходяться у діапазоні вдиху (0,5—5 мкм) та містять мікроорганізми, здатні зберігати свою вірулентність в часі і на відстані (наприклад, спори Aspergillus spp. та Mycobacterium tuberculosis). Інфекційні агенти, які передаються таким чином, здатні розсіюватися на великі відстані повітряними потоками і можуть вдихатися сприйнятливими людьми, навіть при умові відсутності безпосереднього контакту або знаходження в одній кімнаті з інфікованою особою. Для попередження розповсюдження мікроорганізмів повітряним шляхом необхідно використовувати спеціальні системи деконтамінації повітря, в тому числі вентиляцію, з метою утримання і подальшого безпечного їх видалення. Задля недопущення передавання інфекційних агентів, пацієнтів з інфекційними хворобами, що передаються повітряним шляхом необхідно поміщати в палати

ізоляції пацієнтів з аерогенною інфекцією (далі — ПІПАІ). До захворювань, які потребують таких особливих вимог щодо профілактики та інфекційного контролю, відносяться туберкульоз (заходи регламентовані Стандартом інфекційного контролю для ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379 (далі — Стандарт), кір та вітряна віспа. Наявні дані припускають можливість передавання вірусу натуральної віспи на великі відстані повітрям при дотриманні певних умов, тому ізоляційно-обмежувальні заходи необхідно застосовувати і при цьому захворюванні (незважаючи на переважання крапельного і контактного шляхів інфікування). Окрім очищення і використання систем вентиляції, працівники, які виконують роботу в зоні високого ризику інфікування, повинні одягати респіратори класу захисту не нижче FFP2 (в протитуберкульозних ЗОЗ і при догляді за пацієнтами з вітряною віспою) і FFP3 (при проведенні догляду за хворими на кір).

13. Для деяких вірусів респіраторної (наприклад, грип та риновірус) та шлунково-кишкової (наприклад, норовірус і ротавірус) груп існують докази передавання через аерозолі на відстань більшу за один метр. Однак, таке передавання зафіксоване лише в певних умовах (кімната пацієнта), що вказує на нежиттєздатність (втрату вірулентності) збудника у повітряних потоках при подоланні великої дистанції. Тому пацієнти із захворюваннями, викликаними даними вірусами, не потребують госпіталізації у ПІПАІ.

14. Збудники атипової пневмонії коронавірусної етіології, віруси віспи мавп і пташиного грипу зумовлюють суттєві проблеми у визначенні категорій ізоляції, так як існують невідповідності щодо їх можливих шляхів передавання та інфікування. Незважаючи на той факт, що коронавіруси (збудники ТГРС, MERS, COVID-19) передаються контактним та/або крапельним шляхами, повітряне передавання на обмежені відстані (наприклад, в межах палати) можливе. Подібне характерно також і для інших інфекційних агентів, таких як вірус грипу та норовіруси. На відміну від повітряного передавання (на великі відстані та за межі приміщення в якому знаходиться пацієнт), передавання на короткі відстані з аерозолями, які генеруються при певних умовах (наприклад, ендотрахеальна інтубація, неінвазивна штучна вентиляція легень з позитивним тиском, серцево-легенева реанімація), було доведено. Крім того, аерозольні частинки розмірами менше 100 мкм можуть залишатися у зваженому стані, якщо швидкість потоку повітря в приміщенні перевищує швидкість осадження цих частинок. Для норовірусів можливим додатковим шляхом передавання (основні — контактний, харчовий та водний) є вдихання і проковтування аеролізованих вірулентних часточок калових і блювотних мас.

15. Мікроорганізми, для яких характерне інфікування повітряним шляхом, враховуючи пункти 13, 14 розділу II цих Заходів, поділяються на групи:

1) інфікування виключно (облігатно) повітряним шляхом — в звичайних умовах хвороба виникає лише у випадках вдихання аерозолю із дрібних частинок (наприклад, туберкульоз);

2) інфікування переважно повітряним шляхом — інфекційний агент має декілька можливих шляхів інфікування в природному середовищі, однак, основним є повітряний (наприклад, кір і вітряна віспа);

3) інфікування іноді повітряним шляхом — інфікування зазвичай реалізується іншими шляхами, однак, при виникненні певних умов (зазвичай не природного походження — наприклад, бронхоскопія) повітряний шлях можливий.

Такий концептуальний підхід дозволяє пояснити рідкісні випадки повітряного інфікування збудниками, які найчастіше передаються іншими шляхами, та запідозрити можливість даного шляху інфікування при невідомому або недостатньо вивченому збуднику, а, отже, і застосовувати поєднання профілактичних заходів при необхідності.

16. Деякі інфекційні агенти, для яких характерне інфікування повітряним шляхом, не передаються від людини до людини, а генеруються з навколишнього середовища. Наприклад, спори сибірки, які присутні в тонкоподрібненому порошку, можуть бути аеролізовані із забруднених поверхонь і потрапити в дихальні шляхи. Спори грибів (наприклад, Aspergillus spp.) знаходяться всюди в навколишньому середовищі і можуть викликати захворювання у людей з імуносупресивними станами шляхом вдихання, наприклад, будівельного пилу. Як правило, жоден із цих інфекційних агентів не передається від пацієнтів. Однак, існує один задокументований факт інфікування Aspergillus spp. в умовах відділення інтенсивної терапії (далі — ВАРІТ) через аеролізацію спор під час обробки ран.

17. Інфекційні агенти передаються не лише від інфікованих/колонізованих пацієнтів, а можуть бути пов'язані із спільними джерелами у навколишньому середовищі або предметами, які не знаходяться постійно в ЗОЗ (вода або парентеральні розчини). Також в ЗОЗ є ризик трансмісивного передавання мікроорганізмів від комарів, мух, щурів та інших переносників, які також можуть бути резервуаром інфекції

Характеристика інфекційних агентів(види збудників)

1. До найбільш важливих мікроорганізмів, з погляду на впровадження ефективних систем ПІІК, належать:

1) епідеміологічно значимі інфекційні агенти;

2) інфекційні агенти, які можуть використовуватися для біотероризму;

3) пріони;

4) коронавіруси (збудники ТГРС, MERS, COVID-19);

5) віспа мавп;

6) норовіруси;

7) віруси геморагічних лихоманок.

2. Будь-які мікроорганізми, які циркулюють в межах ЗОЗ , можуть в певний час та при певних обставинах стати об'єктом епідеміологічного нагляду і контролю. При визначенні епідемічно значимого інфекційного агенту слід використовувати такі характеристики:

1) схильність до передавання в межах ЗОЗ — визначається за даними літературних джерел або за наявністю часових чи географічних кластерів більш ніж двох пацієнтів (наприклад, C. difficile, норовіруси, РСВ, вірус грипу, ротавіруси, Enterobacter spp., Serratia spp., стрептококи групи А). Однак, навіть один випадок інвазивної ІПНМД, що викликана певними мікроорганізмами (наприклад, ІОХВ спричинена стрептококами групи А, будь-які ІПНМД в опіковому відділенні або у ЗОЗ тривалого перебування, захворювання спричинені Legionella sp. або Aspergillus sp., кір), має розслідуватися, а в ЗОЗ/ЗСЗ повинні бути посилені заходи з ПІІК через ризик виникнення додаткових випадків і тяжкості перебігу таких захворювань;

2) резистентність до АМП першої лінії (наприклад, помірно чутливі до ванкоміцину стафілококи, метицилін- та ванкоміцин-резистентні стафілококи, ВРЕ, продуценти b-лактамаз розширеного спектру);

3) мікроорганізми, що зрідка зустрічаються (наприклад, Burkholderia cepacia або Ralstonia spp., виявлена у пацієнта без МВ) або із незвичним профілем резистентності (наприклад, Pseudomonas aeruginosa резистентна до фторхінолонів);

4) мікроорганізми, що тяжко піддаються антибіотикотерапії внаслідок природної резистентності (наприклад, Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter spp.);

5) мікроорганізми здатні спричинити спалах та/або пов'язані з високою смертністю (наприклад, метицилін-резистентні та метицилін-чутливі стафілококи, стрептококи групи А);

6) мікроорганізми, що відносяться до групи нещодавно виявлених або нещодавно була доведена їх здатність викликати захворювання у людей.

3. C. difficile може бути причиною внутрішньолікарняних спалахів. Важливими факторами, які сприяють розвитку спалахів, є виражене обсіменіння навколишнього середовища C. difficile, збереження вірулентності спор протягом тривалого часу, стійкість спор до багатьох використовуваних дезінфектантів і антисептиків, перенесення працівниками і пацієнтами та часте призначення пацієнтам курсів антибіотиків. АМП, які найчастіше спричинюють захворювання викликані C. difficile, включають цефалоспорини третього покоління, кліндаміцин, ванкоміцин (при внутрішньовенному введенні) і фторхінолони.

Профілактика інфікування має засновуватися на синдромальному застосуванні заходів захисту при контактах з пацієнтами з діареєю (контактні заходи захисту), точній ідентифікації пацієнтів, заходах по охороні внутрішнього середовища ЗОЗ (наприклад, ретельне прибирання кімнат/палат) і постійній гігієні рук. Руки слід обробляти шляхом миття з милом і водою, а не обробки спиртовмісним антисептиком, для механічного видалення спор. Для обробки поверхонь рекомендовано використовувати засоби, що містять гіпохлорит натрію.

4. Незважаючи на те, що назва деяких МРМО(мікроорганізми) говорить про резистентність лише до одного препарату (наприклад, МРЗС або ВРЕ), такі мікроорганізми зазвичай стійкі практично до всіх доступних АМП (ця особливість і визначає важливість таких мікроорганізмів для госпітальної епідеміології). До групи МРМО, які мають особливе значення для госпітальної епідеміології, відносяться Streptococcus pneumoniae (далі — МРСП) стійкий до пеніцилінів та інших АМП широкого спектру дії (наприклад, макроліди та фторхінолони), мультирезистентні грам-негативні палички, в тому числі продуценти b-лактамаз розширеного спектру (далі — ПБЛРС), і штами золотистого стафілококу помірно-чутливі (далі — ПЧВЗС) та резистентні (далі — ВРЗС) до ванкоміцину.

5. МРМО передаються тими ж шляхами, що і чутливі до АМП мікроорганізми. Передавання від пацієнта до пацієнта в ЗОЗ, зазвичай через руки працівників, є основним фактором, який пояснює збільшення захворюваності і розповсюдженості МРМО, особливо МРЗС та ВРЕ, у відділеннях невідкладної допомоги і ВАРІТ.

6. Попередження передавання МРМО потребує комплексного підходу, що включає:

1) адміністративні заходи (наприклад, достатнє укомплектування працівниками, системи зворотного зв'язку, процеси підвищення ефективності з метою забезпечення дотримання рекомендованих заходів інфекційного контролю);

2) навчання і підготовку працівників;

3) раціональне використання АМП (в першу чергу антибіотиків);

4) епідеміологічний нагляд за цільовими МРМО;

5) забезпечення виконання заходів запобігання зараженню під час проведення догляду за пацієнтами;

6) забезпечення заходів з охорони внутрішнього середовища ЗОЗ (наприклад, очищення і дезінфекція обладнання, яке використовується при роботіз пацієнтами, використання медичних приладів (тонометр, термометр, джгут тощо) виключно для одного пацієнта із захворюваннями спричиненими МРМО);

7) забезпечення проведення деколонізаційної терапії в разі необхідності.

Біотероризм

1. Агенти, які можуть використовуватися для біотероризму, поділяються на категорії А (високий пріоритет), В (середній пріоритет) та С (низький пріоритет). До агентів біотероризму високого пріоритету відносяться сибірка, натуральна віспа, чума, туляремія, вірусні геморагічні лихоманки і ботулізм, оскільки вони:

1) здатні легко розповсюджуватися в навколишньому середовищі та/або передаватися від людини до людини;

2) здатні викликати високу смертність;

3) здатні спричинити серйозний вплив на громадське здоров'я;

4) здатні викликати суспільну паніку і соціальні потрясіння;

5) потребують спеціальних дій для забезпечення готовності системи охорони здоров'я та держави в цілому.

Загальна інформація з ПІІК в ЗОЗ та ЗСЗ щодо агентів біотероризму групи А наведена в додатку 2 до цих Заходів.

2. До інфекційних агентів біотероризму категорій В і С відносяться:

1) бруцельоз (Bructlla species);

2) сап (Burkholderia mallei);

3) мілеоїдоз (Burkholderia pseudomallei);

4) псітакоз (Chlamydia psittaci);

5) холера (Vibrio cholerae);

6) епсилон-токсин (Clostridium perfringens);

7) Ку-лихоманка (Coxiella burnetii);

8) E. coli O157:H7;

9) нові інфекційні агенти (вірус Ніпах та хантавірус);

3. збудники, що становлять загрозу безпеці харчових продуктів (наприклад, Salmonella species, Shigella, E. coli O157:H7);

11) епідемічний тиф (Rickettsia prowazekii);

12) черевний тиф (Salmonella typhi);

13) вірусні енцефаліти викликані альфавірусами (наприклад, венесуельський кінський енцефаліт, східний та західний кінські енцефаліти);

14) збудники, що становлять загрозу безпеці водних ресурсів (наприклад, Cryptosporidium parvum).

Агенти біотероризму груп В і С викликають меншу захворюваність і смертність.

4. Під час роботи з підозрілим щодо біотероризму випадком, працівники стикаються з іншим набором проблем та задач у порівнянні із «звичними» інфекційними агентами. Розуміння епідеміології, способів передавання та інфікування і клінічного перебігу кожної з хвороб, а також ретельно складені плани (СОП в яких зазначені короткий опис захворювання, ресурси необхідні для надання допомоги пацієнтам та їх розміщення в ЗОЗ, алгоритм дій та оповіщення, шляхи переміщення та ізоляції тощо) мають важливе значення для реагування на біотерористичні загрози та управління ними. Проблеми, до яких мають бути готові працівники ЗОЗ відносяться:

1) виявлення осіб, що можуть бути заражені або зазнали впливу біотерористичного агенту;

2) попередження інфікування серед працівників ЗОЗ, пацієнтів та відвідувачів;

3) надання медичної допомоги великій кількості населення, включно із хіміопрофілактикою та вакцинацією;

4) захист внутрішнього середовища ЗОЗ від розповсюдження інфекційного агента, включно із логістичними аспектами та наявністю достатньої кількості ізоляційних кімнат (також необхідно визначити дії працівників при недостатності ізоляційних кімнат, наприклад, розробити і затвердити підходи до когортної ізоляції);

5) забезпечення достатньою кількістю ЗІЗ;

6) визначити відповідальних працівників для догляду за потенційно інфікованими пацієнтами (наприклад, вакциновані працівники для надання допомоги пацієнтам із натуральною віспою).

Вирішення вищезазначених проблем буде відрізнятися в залежності від того, чи захворювання набуте природним шляхом, чи є результатом навмисного зараження. Так, при біотерористичній атаці кількість постраждалих буде одномоментно значною внаслідок високої вірулентності агенту, а тяжкість перебігу захворювання і смертність будуть перевищувати статистичні.

5. Вважається, що ХКЯ спричиняється білковим інфекційним агентом — пріоном. Інфекційні пріони — ізоформи кодованого глікопротеїну, так званого пріонного білка. Інкубаційний період варіює від двох років до десятиліть. Близько 85% випадків ХКЯ виникають спорадично, без будь-якого відомого джерела інфекції у навколишньому середовищі, 10% вважаються сімейними. Ятрогенне інфікування в більшості випадків відбувається внаслідок лікування гормоном росту (виробляється з трупного гіпофізу людини) або гонадотропіном, в результаті імплантації заражених трансплантів твердої мозкової оболонки людини чи трансплантації рогівки. Не виключається також передавання, що пов’язане з використанням контамінованих нейрохірургічних інструментів або стереотаксичних електродів для проведення електроенцефалограми.

6. Пріонні захворювання у тварин включають скрепі у овець і кіз, губчасту енцефалопатію великої рогатої худоби («коров’ячий сказ», далі — КГЕ) і хронічну хворобу виснаження у оленів і лосів. КГЕ, яка вперше була виявлена у Великій Британії, була пов’язана з епідемією серед великої рогатої худоби, яку годували інфікованою м’ясною та кістковою мукою.

7. Передавання КГЕ людям (далі — кХКЯ) було описане як наслідок вживання продуктів, виготовлених з тканин і органів великої рогатої худоби, що були контаміновані пріонами. кХКЯ має відмінності в клінічних та патологічних характеристиках в порівнянні з спорадичною або класичною ХКЯ і включає:

1) молодий середній вік на момент смерті — 28 років (від 16 до 48 років) проти 68 років;

2) тривалість хвороби — в середньому 14 місяців проти 4—6 місяців;

3) збільшення частоти сенсорних і ранніх психіатричних симптомів із відстроченою появою явних неврологічних ознак;

4) виявлення пріонів у мигдаликах та інших лімфоїдних тканинах пацієнтів з кХКЯ, на відміну від пацієнтів із спорадичною ХКЯ.

8. Як і у випадку із спорадичною ХКЯ, не було зареєстровано жодного випадку прямого передавання кХКЯ від людини до людини при випадковому контакті або контакті з навколишнім середовищем. Інфікування внаслідок переливання крові було зареєстроване лише у двох хворих.

9. При догляді за пацієнтами, хворими на пріонні захворювання достатньо використовувати стандартні заходи захисту. Однак, слід реалізовувати особливі заходи захисту під час роботи з тканинами в гістологічній лабораторії і для проведення розтину. Очищення, дезінфекцію і стерилізацію хірургічного інструментарію необхідно проводити відповідно до рекомендацій виробника.

10. Інкубаційний період ТГРС складає в середньому 2—7 днів (іноді триває більше 10 днів), COVID-19 — 5—14 днів (в середньому 7 днів). Хвороби на початкових стадіях тяжко відрізнити від інших респіраторних вірусних інфекцій. Ознаками і симптомами зазвичай є підвищення температури більше 38°С, озноб, які іноді супроводжуються головним болем, болем в м’язах і респіраторними симптомами від легких до тяжких. Ознакою, яка може безпосередньо вказувати на ТГРС і COVID-19, є рентгенологічна картина атипової пневмонії. В порівнянні з дорослими, діти хворіють рідше, мають більш легкий перебіг і з меншою вірогідністю стають джерелом інфекції (фактором передавання). Смертність пропорційно залежить від наявності тяжких супутніх захворювань і похилого віку.

11. Спалахи ТГРС і COVID-19 в ЗОЗ/ЗСЗ із високою захворюваністю серед працівників і пацієнтів є особливістю хвороби, при чому невиявлені випадки серед пацієнтів і відвідувачів відіграють ключову роль в таких спалахах. Відсотковий вклад потенційних шляхів передавання наразі невідомий. Доведені крапельний і контактний шляхи, однак, не можна виключати можливість повітряного передавання при проведенні аерозольгенеруючих процедур. Найбільший ризик передавання інфекції припадає на тих, хто не навчений заходам захисту і не користується ЗІЗ постійно. Медичні працівники, які працюють в зонах високого ризику генерації аерозолів (наприклад, ВАРІТ, кабінети бронхоскопії), мають використовувати респіратори класу захисту не нижче FFP2. Значну роль відіграє культура безпеки серед працівників, пацієнтів та відвідувачів ЗОЗ/ЗСЗ.

12. Контроль за ТГРС і COVID-19 потребує скоординованих і динамічних заходів з боку декількох служб в ЗОЗ/ЗСЗ. Раннє виявлення випадків хвороби здійснюється шляхом скринінгу осіб з симптомами респіраторного захворювання, що нещодавно перебували в ендемічному щодо ТГРС/COVID-19 регіоні, з подальшим дотриманням правил респіраторної гігієни (надягнути медичну (хірургічну) маску (далі — маска) на пацієнта, обов’язково покриваючи рот і ніс пацієнта) та фізичного відокремлення від інших пацієнтів в загальних зонах очікування. Найбільш ефективна комбінація заходів захисту включає наступний комплекс:

1) стандартні заходи захисту з акцентом на гігієну рук;

2) контактні заходи захисту з акцентом на очищення поверхонь приміщень, в яких перебувають пацієнти з ТГРС/COVID-19;

3) крапельні заходи захисту при проведенні догляду з акцентом на носіння маски і захист очей (захисні окуляри або щиток);

4) повітряні заходи захисту включають надягання респіратора класу захисту не нижче FFP2 при проведенні аерозольгенеруючих процедур (попередньо медичні працівники мають пройти тест на прилягання (фіт-тест).

13. Симптоми віспи мавп схожі на натуральну віспу, але перебіг значно легший. Шляхи та механізми передавання маловивчені. Вважається, що передавання відбувається переважно шляхом прямого контакту із ураженими ділянками шкіри та респіраторними виділеннями. Повітряне передавання від тварин малоймовірна, але не виключене у ветеринарній практиці (наприклад, під час введення ліків шляхом розпилення або при інших аерозольгенеруючих процедурах). Передавання від людини до людини зафіксоване лише у випадках тісного довготривалого контакту — перебування в одній палаті та/або використання спільної постільної білизни. Вакцинація ефективна в 85% випадків, тому показана всім контактним особам протягом перших чотирьох діб.

14. Норовіруси зазвичай передаються через забруднені їжу і воду та від людини до людини і викликають спалахи шлунково-кишкових захворювань. Крім того, визначальну роль в розповсюдженні інфекції відіграє забруднене вірусом внутрішнє середовище, особливо в умовах дитячого та геріатричного стаціонарів. На високу контагіозність норовірусної інфекції, негативний вплив на економіку і громадське здоров’я та тяжкість локалізації і ліквідації спалахів хвороби вказують дані щодо зареєстрованих спалахів у ЗОЗ, в першу чергу довгострокового перебування, ЗСЗ, готелях, школах, на круїзних лайнерах і навіть в сховищах для евакуації під час ураганів. Слід також відмітити, що в ЗОЗ ризик виникнення спалаху в п’ять разів вищий у разі якщо джерелом інфекції є пацієнт, на відміну від випадків, коли джерело — медичний працівник.

15. Середній інкубаційний період для гастроентериту, викликаного норовірусом, становить 12 — 48 годин, а період клінічних проявів триває від 12 до 60 годин. Хвороба характеризується гострим початком та проявляється нудотою, блюванням, спазмами в животі та/або діареєю. Захворювання в більшості випадків короткотривале і зрідка призводить до ускладнень. Групою ризику щодо смертельних випадків можуть стати особи похилого віку з тяжкою виснажливою супутньою патологією, при цьому смерть настає внаслідок сильного зневоднення.

16. Епідеміологія спалахів норовірусної інфекції вказує на те, що первинні випадки зазвичай є наслідком вживання забруднених фекаліями їжі та/або води, в той час як вторинні і третинні найчастіше є результатом передавання від людини до людини, чому сприяє контамінація фомітів і розповсюдження інфікованих частинок, в першу чергу, під час блювання (норовіруси, при певних умовах, можуть аерозолізуватися та долати відстань до одного метра, а по горизонтальним поверхням за напрямом блювання — до півтора метра). Розвитку хвороби і розповсюдженню збудника можуть сприяти низька інфікуюча доза (менше ста вірусних часток) та стійкість до більшості дезінфікуючих засобів. Ефективність спиртовмісного антисептику для рук (для обробки видимо чистої шкіри) не доведена, тому гігієну рук слід проводити шляхом миття з милом та водою.

17. До найбільш значимих вірусних геморагічних гарячок (далі — ВГГ) відносяться:

1) захворювання викликані вірусами Ебола і Марбург (Filoviridae);

2) вірусом Ласса (Arenaviridae);

3) вірусами лихоманок Ріфт-Валлі та Крим-Конго (Bunyaviridae);

4) вірусами лихоманки денге та жовтої лихоманки (Flaviviridae).

18. Всі віруси ВГГ передаються людині шляхом контакту з інфікованими тваринами або через членистоногих переносників. Хоча жоден з цих вірусів не є ендемічним в Україні, спалахи в інших країнах створюють потенційні можливості для завозу інфікованих тварин і людей. Крім того, є підозри, що деякі з цих агентів можуть бути використані в якості біологічної зброї. Передавання від людини до людини задокументовані для ВГГ, що викликані вірусами Ебола, Марбург, Ласса і Крим-Конго. В ЗОЗ із обмеженими ресурсами описане передавання цих інфекційних агентів працівникам, пацієнтам і відвідувачам, причому в деяких випадках кількість захворілих в ЗОЗ в рази перевищувала негоспітальні випадки. Передавання серед жителів одного приміщення зареєстрована лише у випадках, коли мав місце прямий контакт з хворим або з його біологічними рідинами. Зараження внаслідок контакту пошкоджених ділянок шкіри із контамінованою кров'ю пов'язане з підвищеним рівнем смертності. Виявлення великої кількості вірусних часточок Ебола в шкірі та просвіті потових залоз викликало велике занепокоєння наукової спільноти щодо можливого передавання через непошкоджену шкіру. Однак, проведені дослідження не підтвердили дану гіпотезу. Особливу групу ризику щодо можливого зараження складають працівники організацій, що надають ритуальні послуги, через збереження вірулентності вірусами довгий час навіть після смерті хворого. Повітряний шлях передавання для ВГГ не характерний.

19. Працівникам, які здійснюють догляд за пацієнтом з ВГГ, та відвідувачам слід дотримуватися стандартних і контактних заходів захисту, а також заходів щодо недопущення крапельного інфікування із акцентом на захист очей. Для повсякденного догляду за пацієнтом достатнім є використання однієї пари рукавичок, в той час як при виконанні інвазивних процедур, при яких ризик контакту з кров'ю високий (наприклад, оперативне втручання), рекомендовано використовувати подвійний шар рукавичок. Особливо важливо при проведенні догляду за пацієнтами з ВГГ використовувати ЗІЗ очей, такі як захисний щиток або окуляри. ХЗІА необхідно надягати при будь-якому контакті з пацієнтом. Рутинна ізоляція в ПІПАІ не показана. Однак з метою проведення аерозольгенеруючих процедур, пацієнта рекомендовано перевести в ПІПАІ.

20. Респіратори класу захисту не нижче FFP2 необхідно використовувати для забезпечення додаткового захисту медичних працівників під час проведення аерозольгенеруючих процедур. В разі виявлення пацієнта із клінічними проявами, що можуть відповідати ВГГ, та історією поїздки в ендемічний регіон, заходи захисту слід застосувати негайно і коригувати в залежності від отриманої додаткової інформації. В додатку 3 до цих Заходів наведені заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання. Пацієнти з підозрою на ВГГ, у випадках загрози біотероризму, повинні бути ізольовані в ПІПАІ, через непередбачуваність епідеміологічних особливостей штучно змінених збудників.

Особливості підрозділів

1. Величезна кількість факторів впливають на відмінності в ризиках передавання інфекційних агентів в різних ЗОЗ . До них відносяться, але не обмежуються ними:

1) характеристика пацієнтів (наприклад, підвищена сприйнятливість до інфекцій, тип і частота використання постійних інвазивних пристроїв);

2) інтенсивність прийому,скупченість пацієнтів ;

3) вплив факторів зовнішнього середовища ;

4) тривалість перебування ;

2. Ризик передавання інфекцій існує у всіх підрозділах ЗОЗ або ЗСЗ

2. Адаптація рекомендацій з ПІІК до умов амбулаторно-поліклінічного ЗОЗ — складна задача, оскільки пацієнти перебувають в місцях загального користування протягом тривалого часу (наприклад, очікуючи на огляд лікаря або планову госпіталізацію), не завжди можливо якісно провести заходи з дезінфекції приміщень через брак часу і через можливість ідентифікувати потенційну інфекцію лише після щонайменше опитування.

3. З метою запобігання передавання інфекційних агентів в амбулаторних умовах, слід проводити скринінг потенційно інфікованих осіб з проявами захворювань та без них. Особливу увагу необхідно приділяти інфекціям з повітряним шляхом інфікування (вітряна віспа, кір, туберкульоз).Проводити заходи щодо недопущення інфікування туберкульозом . а також заходи по запобіганню інфікування кором, та іншими іфекціями в ЗОЗ .

4. Реалізація заходів з ПІІК в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ має починатися на етапі запису пацієнта на прийом. Медичний реєстратор уточнює симптоми захворювання та, при наявності індикаторних скарг, наполягати на дотриманні відповідних рекомендацій (наприклад, при наявності кашлю, пацієнту слід перед входом в ЗОЗ надягнути маску та дотримуватися етикету кашлю). В разі ідентифікації потенційно інфікованого пацієнта, необхідно реалізувати профілактичні заходи, включно з ізоляцією та виконанням відповідних підходів з недопущення інфікування (наприклад, респіраторна гігієна і етикет кашлю, надягання респіратора/маски працівниками ЗОЗ).

5.Інфекційні захворювання, щодо яких мають бути впроваджені заходи ПІІК в ЗСЗ, включають:

1) туберкульоз;

2) коросту;

3) респіраторні інфекційні хвороби (наприклад, менінгококова інфекція, грип);

4) захворювання, що передаються статевим шляхом та через кров (наприклад, ВІЛ-інфекція, гепатити В і С, сифіліс);

5) кишкові інфекції (наприклад, гепатит А, норовірусна і ротавірусні інфекції).

Крім того, слід проводити скринінг (анкетування) туберкульозу серед клієнтів ЗСЗ та вакцинацію.

6. Догляд на дому проводити, соціальними працівниками , близькими та рідними яких навчити основам ІК , оглядом медичних працівників. Діапазон такої допомоги варіює від допомоги в повсякденних потребах до догляду за ранами, інфузійної терапії ...

7. Ризики інфікування при проведенні догляду на дому є незначними. Основними факторами є забруднене (контаміноване мікроорганізмами) обладнання та інвазивні процедури. Крім того, небезпеку, по відношенню до надавача допомоги, можуть представляти інфіковані пацієнти.

8. Оскільки догляд на дому забезпечується обмеженою кількістю працівників в умовах відсутності інших пацієнтів та спільного обладнання, відбувається самоізоляція резервуару інфекції.

9. Інфекційні захворювання, що являють небезпеку щодо можливого інфікування для пацієнтів і працівників при догляді на дому, включають наступні групи хвороб:

1) з повітряним, переважно повітряним та крапельним шляхами інфікування (наприклад, вітряна віспа, туберкульоз, грип);

2) шкірні інфекційні захворювання (наприклад, короста);

3) з контактним шляхом інфікування (наприклад, імпетиго).\

10. Інфекційні захворювання, щодо яких мають бути впроваджені заходи ПІІК в ЗСЗ, включають:

1) туберкульоз;

2) коросту;

3) респіраторні інфекційні хвороби (наприклад, менінгококова інфекція, грип);

4) захворювання, що передаються статевим шляхом та через кров (наприклад, ВІЛ-інфекція, гепатити В і С, сифіліс);

5) кишкові інфекції (наприклад, гепатит А, норовірусна і ротавірусні інфекції).

Крім того, слід проводити скринінг (анкетування) туберкульозу серед клієнтів ЗСЗ та вакцинацію.

11. Підходи до ПІІК в ЗСЗ мають включати мінімум стандартні заходи захисту.

.Засоби індивідуального захисту

1. ЗІЗ при проведенні догляду за пацієнтами можуть виконувати бар'єрну і фільтрувальну функції, використовуватися окремо або в комбінації для захисту слизових оболонок, дихальних шляхів, шкіри і одягу від контакту з інфекційними агентами. Вибір ЗІЗ ґрунтується на характері взаємодії з пацієнтом та/або вірогідному шляху інфікування. Розроблено підходи до надягання і зняття ЗІЗ . Після зняття будь-якого ЗІЗ слід провести гігієну рук (миття з милом та водою або обробку спиртовмісним антисептиком).

2. Керівник ЗОЗ забезпечує наявність і запас ЗІЗ та проводить навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях у відповідності до Мінімальних вимог безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці, затверджених наказом Міністерства соціальної політики України від 29 листопада 2018 року № 1804, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2018 року за № 1494/32946.

3. Рукавички, які використовуються як ЗІЗ для працівників ЗОЗ, відповідають Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання.

4. Рукавички використовуються для попередження забруднення рук працівників в наступних випадках:

1) передбачуваний прямий контакт з кров'ю або іншими біологічними рідинами, слизовими оболонками та потенційно інфікованими матеріалами;

2) прямий контакт з пацієнтами, які колонізовані або інфіковані патогенами, які передаються контактним шляхом (наприклад, ВРЕ);

3) робота з видимо або потенційно забрудненим обладнанням, що використовується при догляді за пацієнтами, та поверхнями.

5. Рукавички можуть захистити пацієнтів і працівників від дії інфекційних агентів, що можуть передаватися через руки. Ступінь захисту працівників від передавання мікроорганізмів (наприклад, ВІЛ, віруси гепатитів В і С) після уколу голкою або іншим колючим медичним інструментарієм, що може проникнути через бар'єр створений рукавичками, не визначений. Незважаючи на той факт, що рукавички можуть зменшити об'єм крові на зовнішній поверхні гострого предмету на 46 — 86%, залишки крові в просвіті голки зберігаються, а тому вплив на ризик інфікування залишається невідомим.

6. Нестерильні (оглядові) одноразові рукавички, виготовлені з різних матеріалів (наприклад, латексу, вінілу, нітрилу), можуть використовуватися для щоденного догляду за пацієнтами. Вибір типу рукавичок для нехірургічного використання має базуватися на ряді факторів, включаючи задачу, яку необхідно виконати, передбачуваний контакт з хімікатами і хіміотерапевтичними препаратами, чутливість до латексу і визначення розміру. Одна пара рукавичок (один захисний шар) забезпечує адекватний бар'єрний захист при повсякденному догляді за пацієнтом, в тому числі при контакті з кров'ю та іншими біологічними рідинами. Проте при виборі рукавичок слід пам'ятати, що ефективність роботи працівників може залежати від матеріалу з якого виготовлені рукавички. Наприклад, слід надати перевагу латексним або нітриловим рукавичкам при виконанні процедур, які потребують спритності рук. Порівняння рукавичок, виготовлених з різних матеріалів, наведено в додатку 6 до цих Заходів.

7. В процесі догляду за пацієнтом може виникнути необхідність в заміні рукавичок (наприклад, з метою недопущення перехресного інфікування різних частин тіла — проведення догляду за ротовою порожниною з наступною заміною сечового катетеру). Після проведення будь-яких маніпуляцій рукавички слід зняти, утилізувати та обробити руки спиртовмісним антисептиком. Рукавички заборонено мити або обробляти дезінфектантами з метою повторного використання (мікроорганізми не можуть бути достовірно видалені з їх поверхні, втрачається цілісність структури).

8. Якщо рукавички використовуються в поєднанні з іншими ЗІЗ, їх слід надягати останніми. При використанні ХЗІА необхідно надавати перевагу рукавичкам, які щільно прилягають до зап'ясть, оскільки вони закривають манжети і забезпечують більш надійний безперервний бар'єр для рук, зап'ясть і кистей. Гігієна рук, після зняття рукавичок, забезпечує очищення від потенційного забруднення (контамінації мікроорганізмами), яке може трапитися як внаслідок особливостей самих рукавичок (наприклад, наявність пор та тріщин в рукавичках вироблених з латексу), так і в результаті їх зняття (наприклад, доторкування до забруднених ділянок).

9. ХЗІА використовуються з метою захисту рук, відкритих ділянок тіла і одягу працівника від забруднення кров'ю, іншими біологічними рідинами та потенційно інфікованими матеріалами. Куртки, клінічні і лабораторні халати, які надягаються поверх особистого одягу для зручності та/або цілей ідентифікації, не можуть вважатися ЗІЗ.

10. ХЗІА, які використовуються як ЗІЗ для працівників ЗОЗ, повинні відповідати Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання.

11. В межах стандартних заходів захисту ХЗІА слід надягати лише у випадках передбачуваного контакту з кров'ю та/або іншими біологічними рідинами. В рамках застосування контактних заходів (наприклад, при норовірусній інфекції, COVID-19)

надягання ХЗІА та рукавичок перед входом в палату/кімнату пацієнта призначене для попередження ненавмисного контакту із забрудненими поверхнями внутрішнього середовища. Рутинна практика надягання ХЗІА при вході у ВАРІТ або в іншу зону підвищеного ризику не попереджає і не впливає на можливі колонізацію та інфікування пацієнтів.

12. ХЗІА завжди носять в поєднанні з рукавичками та іншими ЗІЗ. ХЗІА, як правило, — перший елемент захисного одягу, що надягається. В ЗОЗ та ЗСЗ має бути декілька розмірів ХЗІА для покриття потреби працівників. Перед тим, як залишити палату/кімнату пацієнта, ХЗІА слід зняти з метою недопущення можливого забруднення внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ за її межами. ХЗІА слід знімати таким чином, аби запобігти забрудненню одежі та шкіри. Зовнішня (забруднена) сторона ХЗІА завертається в середину, згортається в жмуток. В подальшому ХЗІА утилізується.

13. Маски в ЗОЗ необхідно використовувати в наступних випадках:

1) надягаються пацієнтами з кашлем з метою обмежити потенційне розповсюдження респіраторних виділень, що можуть містити інфекційні агенти;

2) надягаються працівниками з метою їх захисту під час контакту з пацієнтами та/або біологічними виділеннями від них (наприклад, під час надання допомоги пацієнту з кашлем);

3) надягаються медичними працівниками при виконанні процедур і маніпуляцій, що вимагають стерильності, з метою захисту пацієнтів від можливого впливу інфекційних агентів, які можуть переноситися в носі та/або роті (наприклад, при виконанні люмбальної пункції).

14. Маски, які використовуються як ЗІЗ для працівників ЗОЗ повинні відповідати Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання.

15. Маски можна використовувати в поєднанні із захисними окулярами, що забезпечує захист очей, носа і рота (або замість маски з окулярами використовувати захисний екран і маску). Маски не слід використовувати замість респіраторів.

16. Слизові оболонки рота і носа можуть стати вхідними воротами інфекції в разі порушення їх цілісності, тому використання масок для їх захисту — важливий елемент стандартних заходів захисту. Оскільки вигляд та вид фіксації масок не підлягає регламентуванню, ЗОЗ або ЗСЗ може обирати декілька типів задля забезпечення індивідуальних потреб своїх працівників.

17. Знімати маски слід після зняття рукавичок і виконання гігієни рук. Однак при цьому слід враховувати, що доторкування до передньої частини маски (брудної ділянки) приводить до контамінації (забруднення) шкіри рук, що є показанням для проведення гігієни рук.

18. Вибір ЗІЗ для захисту очей (захисні окуляри чи щиток) залежить від умов, в яких такий захист необхідний, наявних/використовуваних інших ЗІЗ та потреб в ширині поля зору. Особисті окуляри і контактні лінзи не можуть вважатися ЗІЗ слизових оболонок очей. Захист очей повинен бути зручним, зберігати достатній периферичний огляд та має регулюватися для зручної посадки. Для забезпечення індивідуальних потреб працівників, ЗОЗ має надавати на вибір декілька різних типів, стилів і розмірів захисних окулярів та/або щитків.

19. Захисні окуляри та щитки, які використовуються як ЗІЗ для працівників ЗОЗ, повинні відповідати Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання.

20. Знімати захисні окуляри або щиток слід після зняття рукавичок і виконання гігієни рук. Однак при цьому слід враховувати, що торкатися можна лише дужок окулярів чи кріплення щитка (чистих ділянок) і в жодному разі не чіпати їх передні частини (брудні ділянки).

21. Респіратори в ЗОЗ працівники повинні використовувати виключно після проходження тесту на щільність прилягання до обличчя (фіт тестування), методика якого наведена в Стандарті, в наступних випадках:

1) в ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз (показання до підбору і використання наведені Стандарту);

2) при наданні допомоги в умовах ПІПАІ;

3) при виконанні аерозольгенеруючих процедур у пацієнтів з інфекційними захворюваннями, для яких характерний повітряний шлях інфікування (наприклад, ТГРС/COVID-19, пташиний або пандемічний грип) або пацієнтам з інфекційною хворобою з невідомими шляхами передавання/інфікування;

4) при наданні допомоги пацієнтам з підозрою/підтвердженим кором, в незалежності від імунного статусу;

5) при наданні допомоги пацієнтам з підозрою/підтвердженою вітряною віспою при відсутності вакцинації, набутого внаслідок перенесеної хвороби імунного захисту або якщо вакцинальний статус медичного працівника невідомий;

6) при наданні допомоги пацієнтам на інфекційне захворювання з переважно або зрідка повітряним шляхом інфікування (наприклад, пташиний грип), за умови довготривалого контакту та відсутності ефективної деконтамінації повітря (наприклад, вентиляція, ультрафіолетове опромінення).

22. Респіратори слід використовувати відповідно до Правил вибору та застосування засобів індивідуального захисту органів дихання, затверджених наказом Державного комітету України з промислової безпеки, охорони праці та гірничого нагляду від 28 грудня 2007 року № 331, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 04 квітня 2008 року за № 285/14976.

23. Респіратори, які використовуються як ЗІЗ для працівників ЗОЗ, повинні відповідати Державним стандартам України, які затверджуються відповідним органом центральної виконавчої влади з питань технічного регулювання.

24. Знімати респіратор слід після зняття рукавичок і виконання гігієни рук. Однак при цьому слід враховувати, що торкатися можна лише резинок (чистих ділянок) і в жодному разі не чіпати його передньої частини (брудна ділянка).

Заходи щодо недопущення зараження працівників інфекційними агентами, що переносяться кров’ю

1. Травматичні пошкодження голками та іншими гострими предметами можуть призводити до інфікування працівників вірусними гепатитами В і С та ВІЛ, тому профілактика таких травм є компонентом стандартних заходів захисту в ЗОЗ .

2. До профілактичних заходів, що зменшують ризик уколу голками, відносяться:

1) адміністративні заходи;

2) СОП з безпечного використання голок та інших колючих інструментів;

3) заходи з правильної утилізації, що унеможливлюють травмування осіб, які потенційно можуть контактувати з голками та інструментами після закінчення процедури;

4) вакцинація від гепатиту В.

3. Організація профілактики травматичного пошкодження голками в ЗОЗ наведена в додатку 7 до цих Заходів.

4. Потрапляння на слизові оболонки рота, носа і очей крові та інших біологічних рідин може спричинити інфікування працівників (наприклад, вірусні гепатити В і С, ВІЛ). Попередження потрапляння інфекційних агентів через слизові оболонки є компонентом стандартних заходів захисту при проведенні догляду за пацієнтами. Безпечні умови та методи роботи слід поєднувати з використанням ЗІЗ для захисту слизових оболонок та шкіри (наприклад, не слід торкатися потенційно забрудненими (контамінованими) після контакту до пацієнта руками в рукавичках чи без них до рота, носа, очей та лиця; слід правильно розміщувати пацієнтів по відношенню до працівника — бризки, що потенційно можуть утворюватися під час медичних маніпуляцій, повинні проходити повз обличчя медичного працівника). Крім того, ретельно підібрані та правильно одягнені ЗІЗ на етапі підготовки мінімізують необхідність корегування розміщення одягнених ЗІЗ та можливого забруднення шкіри і слизових оболонок під час самої процедури.

5. В підрозділах, для яких характерні часті та непередбачувані проведення серцево-легеневої реанімації, рекомендовано використовувати кишенькові маски з односторонніми клапанами, як альтернативу штучному диханню «рот в рот». Такий підхід убезпечить слизові оболонки рота і носа від потенційного потрапляння виділень з рота та дихальних шляхів пацієнта під час процедури.

6. Виконання аерозольгенеруючих процедур пов’язане з високим ризиком інфікування мікроорганізмами (наприклад, повітряним шляхом — M. tuberculosis, вірус грипу, повітряним та крапельним шляхом — N. meningitidis, крапельним шляхом (пряме потрапляння крапель на слизові оболонки) — ВІЛ, вірус грипу). Тому ЗІЗ, які слід використовувати медичним працівникам під час виконання таких процедур, включають:

1) ХЗІА;

2) рукавички;

3) захисні окуляри або щиток;

4) респіратор класу захисту не нижче FFP2.

. Розміщення пацієнтів

1. В амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ, за відсутності ПІПАІ, слід використовувати розподіл потоків пацієнтів з наступним застосуванням заходів з деконтамінації повітря (наприклад, провітрювання, використання ультрафіолетового опромінення чи механічної вентиляції). Крім того, маску повинні використовувати супроводжуючі, незалежно від наявності/ відсутності клінічних проявів.

2.. До пацієнтів з супутніми захворюваннями, які підвищують їх сприйнятливість до інфекційних хвороб, слід застосовувати заходи з розподілу потоків (наприклад, прийом до початку роботи амбулаторно-поліклінічного ЗОЗ, розміщення в окремій кімнаті в приймальному відділенні з метою превентивної ізоляції).

3. Під час догляду на дому заходи з ПІІК слід зосередити на недопущенні передавання інфекційного агенту членам сім’ї. Співмешканців, які мають високу сприйнятливість до

інфекційних хвороб, необхідно тимчасово виселити або ізолювати в межах місця проживання. Особам, які не є членами домогосподарства, рекомендовано заборонити відвідування на весь період контагіозності (заразності).

Транспортування пацієнтів

1. Заходи з ПІІК, засновані на недопущенні інфікування, включають:

1) обмеження безпідставного транспортування — транспортування пацієнтів, які можуть бути джерелом інфекції, має застосовуватися виключно у випадках необхідності обстеження або проведення медичних процедур, що не можуть бути виконані в палаті/кімнаті;

2) під час транспортування слід використовувати бар'єрні заходи недопущення інфікування (наприклад, маски, ХЗІА, обгортання в простирадла, накладення непроникних пов'язок на уражені ділянки шкіри або на шкіру місця дренування);

3) ЗОЗ або окремий підрозділ ЗОЗ, в який транспортується пацієнт, інформувати щодо заходів попередження інфікування;

4) бригаду ЕМД попереджати про можливе інфікування пацієнтом

2. Заходи з профілактики зараження працівників туберкульозом при транспортуванні пацієнта з підозрюваним або підтвердженим туберкульозом та інфекційними хворобами, для яких характерний повітряний шлях інфікування, в спеціалізованому і спеціальному санітарному транспорті включають:

1) пацієнт має бути одягнений в маску протягом всього періоду транспортування;

2) члени бригади ЕМД інформкувати;

3) в разі неможливості ізолювати кабіну водія автомобіля ЕМД, чи водія закладу ,повітряний потік налаштувати таким чином, аби повітря потрапляло через кабіну, проходило через зону пацієнта (над ним) і виходило через вентиляційну решітку в задній частині автомобіля;

6) в разі неможливості ізолювати кабіну автомобіля ЕМД та інших видів спеціалізованого і спеціального санітарного транспорту, водій/пілот має бути одягнений в респіратор класу захисту не нижче FFP2.

Заходи щодо недопущення інфікування об'єктів внутрішнього середовища

1. Очищення і дезінфекція некритичних поверхонь в зонах догляду за пацієнтами є частиною стандартних заходів захисту.

2. Критичне медичне обладнання та інструменти мають очищатися, дезінфікуватися та стерилізуватися згідно з рекомендаціями виробника для попередження передавання інфекційних агентів, відповідно до ДСТУ EN ISO 17664:2018 Стерилізація медичних виробів. Інформація, яку надає виробник медичних виробів щодо стерилізації медичних виробів, затверджених наказом «Про прийняття та скасування національних нормативних документів» Державного підприємства «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості» від 02 листопада 2018 року № 391. Очищення для видалення органічного матеріалу завжди повинно передувати дезінфекції напівкритичних інструментів та дезінфекції і стерилізації критичних інструментів, оскільки залишковий білковий матеріал (кров та інші біологічні рідини) знижує ефективність дезінфекції та стерилізації.

3. Некритичне обладнання (наприклад, дозатори, апарати ШВЛ) має бути очищене і дезінфіковане перед використанням для іншого пацієнта та/або після використання. Під час експлуатації такого обладнання слід забезпечити недопущення його контакту з пацієнтом та забрудненими (контамінованими) об'єктами.

5. В програму по очищенню та дезінфекції необхідно включити комп'ютери, мобільні телефони та кишенькові персональні комп'ютери. Незважаючи на те, що використання спеціальних захисних чохлів дозволяє проводити очищення та дезінфекцію, слід звертати особливу увагу працівників на правильне поводження з цими пристроями під час догляду за пацієнтом (наприклад, рекомендовано заборонити використання таких приладів в зоні пацієнта).

6. Текстильні вироби (одяг пацієнтів і працівників) можуть забруднюватися мікроорганізмами. Тому, з метою їх безпечного використання, слід дотримуватися наступних принципів:

1) не струшувати текстильні вироби і не проводити з ними будь-які інші дії, що можуть сприяти аеролізації інфекційних агентів;

2) не допускати контактів шкіри і особистого одягу із забрудненими текстильними виробами;

7. Поводження з медичними відходами в ЗОЗ регламентується Державними санітарно-протиепідемічними правилами і нормами щодо поводження з медичними відходами, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 червня 2015 року № 325

Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

1. До додаткових заходів щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, які можуть підвищити ефективність всіх основних заходів, відносяться:

1) програма адміністрування антимікробних препаратів;

2) постконтактна хіміопрофілактика (антивірусними та антибактеріальними препаратами);

3) вакцинопрофілактика (включає вакцини, що використовуються до та після контакту з інфекційними агентами);

4) скринінг і обмеження перебування на території ЗОЗ відвідувачів з ознаками контагіозних інфекційних хвороб.

2. Вакцинація — основний метод попередження інфекційних хвороб. Всі працівники ЗОЗ, в тому числі і ті, які безпосередньо не доглядають за пацієнтами, мають бути вакциновані відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897 (далі — Календар профілактичних щеплень).

3. Всі працівники ЗОЗ мають вакцинуватися від грипу щорічно, так як надають допомогу всім групам ризику без виключення і можуть інфікуватися самі. Керівництву ЗОЗ та ЗСЗ слід забезпечити процес вакцинації у підпорядкованому закладі.

4. Хіміопрофілактика грипу не замінює вакцинацію, але може бути додатковим заходом для профілактики і боротьби з грипом. З метою хіміопрофілактики можуть використовуватися інгібітори нейрамінідази — занамівір і осельтамівір.

5. Хіміопрофілактика грипу показана для наступних груп:

1) особам з груп ризику, які вакциновані після початку спалаху грипу. В разі необхідності вакцинації осіб з груп ризику після початку спалаху, протягом періоду формування імунної відповіді рекомендовано приймати протигрипозні препарати (діти до 9 років, які отримують вакцину вперше — протягом 28 днів після першого введення вакцини та 14 днів після введення другої дози вакцини; інші групи — протягом 14 днів);

2) особам, які проводять догляд за особами з груп ризику та не мають вакцинації від грипу. З метою зниження розповсюдженості вірусу грипу серед осіб з високим ризиком розвитку ускладнень під час спалахів рекомендовано розглянути можливість призначення профілактичної хіміотерапії особам, які проводять догляд за особами з груп ризику та не мають вакцинації від грипу (наприклад, медичні працівники, члени сімей, волонтери, працівники соціальних служб);

3) особам з імунодефіцитними станами. Прийом протигрипозних препаратів з метою профілактики в період підвищеної захворюваності на грип або під час спалаху показаний особам, які мають імунодефіцит будь-якої етіології і у яких очікується недостатнє вироблення антитіл (неефективність) в результаті вакцинації. До даної групи осіб, в першу чергу, входять люди, які живуть з ВІЛ на останніх стадіях хвороби. Під час прийому хіміопрофілактики такі особи обов’язково мають знаходитися під медичним наглядом;

4) особам груп високого ризику, яким протипоказана вакцинація з будь-яких причин — хіміопрофілактика протягом всього сезону епідемічного підйому захворюваності на грип або під час спалаху показана особам груп високого ризику розвитку ускладнень грипу, яким протипоказана вакцинація.

6. Постконтактна антимікробна хіміопрофілактика менінгококової інфекції показана у випадках тісних контактів з підтвердженим або підозрюваним випадком генералізованої менінгококової інфекції (наприклад, менінгококцемія, менінгококовий менінгіт) в період контагіозності (заразності). Контагіозним (заразним) вважається пацієнт з генералізованою менінгококовою інфекцією за сім днів до появи симптомів та протягом доби після початку антибіотикотерапії.

7. До тісних контактів при менінгококовій інфекції відносяться:

1) проживання в одному приміщенні (квартира, дім) з хворим у період контагіозності (заразності);

2) будь-які контакти в період контагіозності (заразності) хворого протягом перебування в закладах догляду та/або навчання дітей (наприклад, дитячий садочок, школа, ЗСЗ);

3) будь-які контакти з виділеннями з ротоглотки хворого в період його контагіозності (заразності) незахищених слизових оболонок (наприклад, поцілунки, дихання рот в рот, проведення ендотрахеальної інтубації без ЗІЗ органів дихання та очей).

Взяття мазка з ротоглотки або проведення будь-яких медичних маніпуляцій, в результаті яких може відбуватись або відбувається контакт із виділеннями хворого з ротоглотки, за умови використання відповідних ЗІЗ, не має розглядатися як тісний контакт.

8. Схеми постконтактної хіміопрофілактики менінгококової інфекції наведені в додатку до цих Заходів.

9.В ЗОЗ впровадити активний і пасивний скринінги пацієнтів(відвідувачів)

10. Необхідність використання бар'єрних ЗІЗ (наприклад, рукавичок, ХЗІА) відвідувачами визначається КІК ЗОЗ за результатами оцінки ризиків (наприклад, контагіозності (заразності) захворювання, частоти і тривалості контактів, тяжкості стану пацієнта).

Заходи захисту

1. Заходи захисту, що мають бути впроваджені в ЗОЗ діляться на групи:

1) стандартні заходи захисту, яких необхідно дотримуватися при догляді за будь-яким пацієнтом;

2) заходи захисту засновані на недопущенні зараження інфекційним агентом певним шляхом:

контактні;

крапельні;

повітряні.

2. Впровадження стандартних заходів захисту — складова частина ПІК, що дозволяє попередити передавання та зараження інфекційними агентами, які викликають ІПНМД серед працівників ЗОЗ/ЗСЗ і пацієнтів.

3. Заходи захисту засновані на недопущенні зараження інфекційним агентом повинні використовуватися при догляді за пацієнтами, щодо яких наявна підозра або підтвердження інфікування чи колонізації певним інфекційним агентом, включно з епідеміологічно значимими патогенами, та які вимагають застосування додаткових заходів з ПІК для ефективного недопущення передавання.

4. Оскільки на момент поступлення або звернення пацієнта за допомогою діагноз невідомий, заходи захисту засновані на недопущення інфікування мають застосовуватися емпірично, в залежності від симптомів захворювання і вірогідних етіологічних чинників. Після встановлення попереднього (клінічного) діагнозу або виключення інфекційної патології, застосовані заходи слід відкоригувати або припинити.

5. Стандартні заходи захисту засновані на припущені, що будь-які рідини організму пацієнта (кров, виділення і секрети), окрім поту, та непошкоджені шкіра і слизові оболонки містять інфекційні агенти, які здатні передаватися.

6. До стандартних заходів захисту відносяться:

1) гігієна рук;

2) використання рукавичок в залежності від методів надання допомоги;

3) використання ХЗІА в залежності від методів надання допомоги;

4) респіраторна гігієна і гігієна кашлю, використання масок в залежності від методів надання допомоги;

5) використання захисних окулярів або щитків в залежності від методів надання допомоги;

6) безпека при виконанні ін'єкцій;

7) використання чистого і безпечного обладнання та інструментарію для надання медичної допомоги;

8) утилізація відходів;

9) очищення приміщень;

10) використання чистої і безпечної білизни.

7. Використання працівниками ЗОЗ стандартних заходів захисту під час догляду за пацієнтом визначається характером взаємодії «працівник-пацієнт» та можливими ризиками контакту з кров'ю або іншими біологічними рідинами та/або інфекційними агентами. Для деяких маніпуляцій (наприклад, венепункція) можуть знадобитися лише рукавички, а при інших (наприклад, інтубація трахеї) — рукавички, ХЗІА, респіратор, захисні окуляри або щиток.

8. Навчання, підготовка і обґрунтування необхідності застосування даних правил і практик стандартних заходів захисту критично важливі та мають проводитися в кожному ЗОЗ з метою ефективного засвоєння теоретичних матеріалів та відпрацювання практичних навичок.

9. Окрім захисту працівників, стандартні заходи захисту направлені на недопущення інфікування пацієнтів інфекційними агентами, що можуть переноситися на руках, під час виконання процедур.

10. Респіраторна гігієна та етикет кашлю мають застосовуватися всіма працівниками ЗОЗ, пацієнтами та осомами, які їх супроводжують, при наявності у них будь-яких симптомів респіраторного захворювання (кашель, закладеність або виділення з носа, чхання). Дотримання заходів з респіраторної гігієни та етикету кашлю повинні розпочинатися на вході в ЗОЗ .

11. Респіраторна гігієна і етикет кашлю включають:

1) навчання і підготовку працівників ЗОЗ, пацієнтів і відвідувачів;

2) інформаційні матеріали (наприклад, стенди, наліпки, плакати) з інструкціями для пацієнтів і осіб, які їх супроводжують;

3) заходи з контролю джерела інфекції (наприклад, прикривання рота і носа паперовою серветкою при кашлі з наступною її утилізацією, надягання масок на особу з кашлем);

4) гігієна рук після контакту з виділеннями з дихальних шляхів;

5) розміщення пацієнтів з респіраторними проявами на відстані не менше одного метра від інших пацієнтів в загальних зонах очікування або ізоляція їх у окремих приміщеннях.

12. В деяких ЗОЗ (наприклад, в ЗОЗ, що надають допомогу дітям або особам з інвалідністю) заходи з контролю джерела інфекції можуть бути ускладнені, тому акценти мають бути зміщені до етикету кашлю і розміщення пацієнтів.

13. Незважаючи на те, що кашель та чхання — характерні ознаки для багатьох захворювань (наприклад, астма, алергічний риніт), дотримання такими пацієнтами респіраторної гігієни і етикету кашлю обов'язкове. Така необхідність обґрунтована тим, що пацієнти із хронічними захворюваннями входять в групи ризику щодо ускладнень гострих респіраторних вірусних інфекцій (наприклад, грипу) і нерідко мають атиповий (прихований) перебіг хвороби.

14. Працівники мають дотримуватися крапельних заходів захисту (бути одягненим в маску і захисні окуляри чи щиток) і гігієни рук при наданні допомоги пацієнтам з ознаками респіраторних інфекцій. Працівникам з респіраторними симптомами рекомендовано уникати прямого контакту з пацієнтами і заборонено надавати допомогу пацієнтам з груп ризику розвитку ускладнень.

15. Для безпечного проведення ін'єкцій слід дотримуватися наступних правил:

1) для виконання кожної окремої ін'єкції використовувати окрему одноразову стерильну голку та шприц;

2) до та під час виконання ін'єкції уникати забруднення голки, шприца та лікарського засобу, а в разі забруднення негайно припинити процедуру;

3) за можливості, використовувати індивідуальну ємність (флакон, ампулу) з лікарським засобом для кожного окремого пацієнта;

4) дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури.

16. Заходи захисту засновані на недопущенні зараження інфекційним агентом (контактні, крапельні та повітряні) певним шляхом слід застосовувати у випадках, коли стандартні заходи захисту не можуть забезпечити захист від інфекційних агентів. Для деяких інфекційних агентів (наприклад, ТГРС/COVID-19, пандемічний і пташиний грип) необхідне застосування двох заходів захисту заснованих на недопущенні інфікування — контактних і крапельних.

17. Заходи захисту засновані на недопущенні інфікування слід використовувати в поєднанні із стандартними заходами захисту.

18. Контактні заходи захисту призначені для недопущення інфікування, в тому числі епідеміологічно значимими мікроорганізмами, шляхом прямого або опосередкованого контакту з пацієнтом або об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ .

19. Контактні заходи захисту обов'язково слід застосовувати при догляді за пацієнтами з дренажами, нетриманням калу, сечі або слини, причому таких пацієнтів слід розміщувати в одномісних палатах. В разі неможливості одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ПІК мають бути розроблені індивідуально КІК.

20. Контактні заходи захисту полягають в надяганні ХЗІА і рукавичок при будь-якій взаємодії з пацієнтами, включно з контактами з об'єктами оточення пацієнтів. Причому ХЗІА і рукавички мають надягатися при вході в кімнату/палату пацієнта і зніматися на виході, що забезпечує нерозповсюдження інфекційних агентів шляхом переносу (наприклад, ВРЕ, C. difficile, норовіруси та інші інфекційні агенти, які уражують шлунково-кишковий тракт, РСВ).

21. Крапельні заходи захисту призначені для недопущення інфікування працівників патогенними мікроорганізмами при контакті слизових оболонок ротоглотки, очей, носа або верхніх дихальних шляхів зі слизом з верхніх дихальних шляхів пацієнта, який генерується при кашлі або чханні. Оскільки для інфекційних агентів з крапельним шляхом інфікування (наприклад, N. meningitides та стептококи групи А в перші 24 години після початку антибіотикотерапії, B. pertussis, вірус грипу, риновірус) не характерне збереження контагіозності (заразності) при передаванні на великі відстані, заходи із знезараження повітря використовувати недоцільно.

22. Пацієнтів з інфекційними хворобами, які викликані мікроорганізмами з крапельним шляхом інфікування, слід розміщувати в одномісних кімнатах/палатах. В разі неможливості

одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ПІК мають бути розроблені індивідуально КІК. Когортна ізоляція цієї категорії хворих можлива при дотриманні відстані між ліжками не менше одного метра і наявності ширми або іншого бар'єру між пацієнтами.

23. Крапельні заходи захисту полягають в носінні маски і захисних окулярів або щитка працівниками при догляді за пацієнтом та за умови перебування в зоні догляду. З метою ефективного захисту в ЗОЗ, працівники повинні надягати маску і захисні окуляри/щиток при вході в кімнату/палату. Крім того, до крапельних заходів захисту входить надягання масок пацієнтами при виході з кімнати/палати. Також пацієнти з респіраторними симптомами мають дотримуватися етикету кашлю і респіраторної гігієни.

24. Повітряні заходи захисту призначені для недопущення інфікування патогенними мікроорганізмами, для яких характерно збереження контагіозності (заразності) при переміщенні повітряними потоками на великі відстані (основними інфекційними агентами, що зустрічаються на території України, є віруси кору та вітряної віспи і M. tuberculosis). З метою недопущення розповсюдження даної групи інфекційних хвороб в ЗОЗ , розміщуватися такі хворі мають виключно у ПІПАІ.

25. Повітряні заходи захисту включають:

1) навчання і підготовку щодо використання респіраторів (показання до носіння, проведення якісного тесту на прилягання до обличчя (фіт тестування), відпрацювання практичних навичок з надягання, знімання, зберігання та утилізації респіратора);

2) планову вакцинацію працівників ЗОЗ, які можуть бути задіяними в наданні допомоги пацієнтам з аерогенною інфекцією, в разі невизначального або низького титру антитіл до вакцинокерованих інфекційних хвороб з повітряним шляхом інфікування (IgG до Measles morbillivirus та IgG до varicella-zoster virus);'

3) навчання і підготовку щодо експлуатації ПІПАІ;

4) навчання і підготовку пацієнтів щодо етикету кашлю і респіраторної гігієни;

5) навчання і підготовку щодо правил транспортування пацієнтів з аерогенною інфекцією.

26. У випадку якщо повітряні заходи захисту не можуть бути реалізовані через обмеженість інженерних ресурсів (відсутня ПІПАІ), при виявленні пацієнта з аерогенною інфекцією слід дотримуватися наступної послідовності дій:

1) працівникам, які проводять догляд за хворим, надягнути респіратор класу захисту не нижче FFP2, на пацієнта надягнути маску;

2) помістити пацієнта в окрему кімнату/палату з/без передпокоєм/повітряним шлюзом (перевагу слід надавати кімнатам/палатам з передпокоєм) з санвузлом та дверима, які щільно зачиняються; при можливості забезпечити деконтамінацію повітря (наприклад, УФ-опромінення верхньої частини приміщення (екранований УФ-опромінювач) та природна вентиляція (слід унеможливити потрапляння «брудного» повітря в інші приміщення, в тому числі через будь-які вентиляційні канали);

3) обмежити вхід в кімнату/палату, яка виконує функцію тимчасового ізолятора, і забезпечити носіння працівниками респіратора при роботі в ній (наприклад, на дверях розмістити напис «Обережно! Зона високого ризику! Надягни респіратор!»);

4) організувати переведення пацієнта у ЗОЗ, в якому наявна ПІПАІ, після надання невідкладної допомоги;

5) в спеціалізований протитуберкульозний ЗОЗ пацієнта слід перевести, якщо у нього туберкульоз легень з бактеріовиділенням, з метою призначення та контролю протитуберкульозної терапії, та відсутні показання до проведення інших видів медичної допомоги (наприклад, невідкладну хірургічну допомогу слід надати по місцю звернення або виявлення, дотримуючись повітряних заходів захисту);

6) транспортування пацієнта має відбуватися з дотриманням вимог, які зазначені в пункті 2 розділу V цих Заходів.

27. Діагностика деяких інфекційних хвороб потребує лабораторного підтвердження, що займає певний проміжок часу (наприклад, лабораторні дослідження методом культивування потребують двох і більше днів для завершення), тому заходи захисту засновані на недопущення інфікування слід розпочинати в залежності від клінічної картини захворювання (наявності тих чи інших симптомів) і можливих збудників.

28. Проспективно визначити всіх пацієнтів, догляд за якими потребуватиме використання заходів захисту заснованих на недопущення інфікування, неможливо. Тому КІК, в залежності від місцевого контексту (наприклад, наявність сезонних спалахів, підвищений рівень захворюваності на певні інфекційні хвороби, можливість завезення інфекційних агентів через об'єкти транспортного сполучення), слід адаптувати та затвердити на рівні ЗОЗ заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання, що наведені в додатку 3 до цих Заходів.

29. Заходи захисту засновані на недопущенні інфікування мають реалізовуватися протягом періоду контагіозності (заразності) пацієнта. Терміни наведені в додатку 1 до цих Заходів.

30. Виключенням щодо необхідності дотримання заходів захисту заснованих на недопущенні інфікування можуть бути пацієнти з імунодефіцитом, в яких виділення інфекційного агенту може продовжуватися навіть після клінічного одужання. Тому підходи до ПІІК щодо таких пацієнтів мають розроблятися індивідуально КІК.

31. Контактних заходів захисту при догляді за пацієнтами, які інфіковані або колонізовані МРМО, працівники мають дотримуватися постійно, так як відсутні ефективні схеми деколонізації і можливості щодо підтвердження їх ефективності. Виключенням є носійство МРЗС на слизовій оболонці носа, щодо якого використовується лікування мупіроцином з обов'язковими контрольними посівами. Колонізація МРЗС інших ділянок тіла та декількох ділянок одразу деколонізації не підлягає.

32. У випадках, коли у пацієнта інфекційне захворювання спричинено збудником з невизначеними шляхами передавання та інфікування, мають застосовуватися стандартні заходи захисту та всі заходи захисту направлені на недопущення інфікування. Слід зауважити, що в таких випадках ЗІЗ можуть бути використані лише одноразово, окрім ЗІЗ багаторазового використання, які дозволено очищати і дезінфікувати відповідно до рекомендацій виробника (наприклад, враховуючи можливість контактного шляху інфікування, повторно використовувати респіратор заборонено через можливість його контамінації (забруднення) під час зняття, незважаючи на рекомендований час експлуатації).

Заходи з ПІІК при проведенні догляду за пацієнтами, які потребують захисної ізоляції

1. Захисна ізоляція, в першу чергу, призначена для пацієнтів, яких готують до проведення або після проведення алогенної трансплантації.

2. Захисна ізоляція направлена на мінімізацію кількості грибкових спор в повітрі і зниження ризику розвитку інвазивних грибкових інфекційних хвороб. Крім того захисна ізоляція має захищати пацієнта від можливого інфікування іншими мікроорганізмами.

3. Захисна ізоляція направлена на забезпечення чистоти повітря (очищення від мікроорганізмів, пилу, токсичних речовин, алергенів) та реалізується шляхом заходів контролю, що включають:

1) очищення повітря за допомогою хепа-фільтрів;

2) направлений потік повітря в приміщенні;

3) позитивний тиск повітря в приміщенні відносно коридору;

4) добре ізольовані приміщення — герметичні стіни, стеля, підлога, вікна, електричні розетки, для унеможливлення притоку повітря ззовні;

5) припливну механічну вентиляцію, яка забезпечує дванадцятикратний обмін повітря за годину;

6) реалізацію програми з мінімізації кількості пилу (наприклад, очищення поверхонь шляхом миття, заборона на використання килимового покриття, регулярне очищення щілин);

7) заборону на розміщення в приміщенні квітів (натуральних, сухих і штучних) і кімнатних рослин (на рослинах в горщиках можуть знаходитися Aspergillus terreus).

4. З метою забезпечення захисної ізоляції пацієнти мають бути розміщені в палатах захисної ізоляції пацієнта (далі — ПЗІП).

5. Перед виходом з ПЗІП пацієнтам слід надягати маску, а під час проведення будівельних або ремонтних робіт в ЗОЗ — респіратор класу захисту не нижче FFP2 з метою недопущення вдихання грибків та інших мікроорганізмів з пилом. Респіратор можна замінити на маску після виходу із зони проведення будівельних або ремонтних робіт. Маску пацієнту рекомендовано знімати лише після повернення в ПЗІП.

6. Інші види трансплантації, окрім алогенної, не потребують рутинного використання ПЗІП.

7. Будь-яких додаткових заходів захисту, окрім стандартних і заснованих на недопущення інфікування, використовувати не рекомендовано. Однак слід розуміти, що заходи захисту мають бути адаптовані таким чином аби не інфікувати пацієнта.

Заходи захисту в залежності від інфекційного агенту

Критерії, які були застосовані для визначення заходів заснованих на недопущення інфікування:

заходи засновані на недопущення інфікування зазначалися, у випадках коли були наявні достовірні дані передачі інфекційного агенту від людини до людини крапельним, контактним або повітряним шляхом в ЗОЗ ;

в разі якщо зазначений один із комплексу заходів заснованих на недопущення інфікування (контактні, крапельні або повітряні), це означає що зазначений шлях інфікування найбільш характерний для цього інфекційного агенту;

у випадку, якщо не було доведено інфікування збудником контактним, крапельним або повітряним шляхом, зазначено необхідність використання стандартних заходів захисту;

стандартні заходи захисту зазначені для недопущення інфікування вірусами гепатитів В і С та ВІЛ, так як проведені дослідження довели їх ефективність.

Вид і тривалість заходів захисту, що слід використовувати при окремих інфекційних хворобам та станах

Інфекційна хвороба / стан	**Вид заходу захисту**	**Тривалість дотримання заходу захисту**	**Примітки**
Campylobacter gastroenteritis (дивись гастроентерити)			
Chlamydia pneumoniae	Стандартні		Зрідка можуть формуватися спалахи в закритих колективах.
Chlamydia psittaci (дивись псітакоз)			
Chlamydia trachomatis кон'юнктивіт	Стандартні		
Chlamydia trachomatis ураження статевих органів	Стандартні		
Chlamydia trachomatis пневмонія у дітей до 3 років	Стандартні		
Clostridium botulinum	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Clostridium difficile (дивись гастроентерити, викликані C. difficile)	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	
Clostridium perfringens харчове отруєння	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Clostridium perfringens газова гангрена	Стандартні		Передавання від людини до людини сумнівне (описаний один доведений випадок). В разі великої кількості виділень з рани, до стандартних заходів захисту слід додати контактні.
ECHO-вірусні інфекції (дивись ентеровірусні інфекції)			
Enterococcus species (дивись МРМО, якщо вони епідеміологічно значимі або стійкі до ванкоміцину)			
Escherichia coli гастроентерит (дивись гастроентерити)			
Haemophilus influenzae (дивись рекомендації по конкретним хворобам і станам)			

Helicobacter pylori	Стандартні		
Mycoplasma pneumonia	Крапельні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	
Norovirus (дивись гастроентерити)			
Norwalk virus (дивись гастроентерити)			
Parvovirus B19 (інфекційна еритема)	Крапельні + стандартні		Крапельні заходи мають реалізовуватися у пацієнтів з хронічною інфекцією протягом всього періоду госпіталізації. У пацієнтів з апластичною анемією в стадії кризу або гемолітичною анемією в стадії кризу крапельних заходів слід дотримуватися протягом 7 днів.
Rhinovirus	Крапельні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Інфікування крапельним шляхом притаманний найбільше. Схильний до формування спалахів в ЗОЗ Додайте контактні заходи захисту при догляді за пацієнтами з великою кількістю виділень (з вираженою ринореєю) та догляді за новонародженими і дітьми до 3 років.
Staphylococcus species (S. aureus) ентероколіт	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу).
Staphylococcus species (S. aureus) пневмонія	Стандартні		
Staphylococcus species (S. aureus) синдром опеченої шкіри	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Обов’язково слід розглядати медичних працівників, як джерело інфекції
Staphylococcus species (S. aureus) синдром системної запальної відповіді (інфекційно-токсичний шок)	Стандартні		
Staphylococcus species (S. aureus) ураження шкіри, інфікована рана або опік з великою кількістю виділень	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Контактні заходи захисту слід реалізовувати до зниження кількості виділень до мінімального та/або можливості закриття рани/опіку пов’язкою.

Staphylococcus species (S. aureus) ураження шкіри, інфікована рана або опік з незначною кількістю виділень чи без них	Стандартні		Якщо пов’язка починає сильно промокати до стандартних заходів захисту слід додати контактні.
Staphylococcus species (S. aureus), хвороби викликані МРЗС (дивись МРМО)			
Streptococcus species (стрептококи групи А) ендометрит (післяпологовий сепсис)	Стандартні		
Streptococcus species не класифіковані в інших рубриках (дивись МРМО)			
Streptococcus species (стрептококи групи А) пневмонія	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	
Streptococcus species (стрептококи групи А) скарлатина у новонароджених і у дітей до 3 років	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	
Streptococcus species (стрептококи групи А) тяжкі інвазивні хвороби	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	Можливі спалахи вторинних інвазивних хвороб серед пацієнтів і працівників ЗОЗ . Додайте контактні заходи захисту при догляді за ураженнями шкіри з виділеннями. Слід провести постконтактну антибіотикопрофілактику, якщо це визначено КІК.
Streptococcus species (стрептококи групи А) ураження шкіри, інфікована рана або опік з великою кількістю виділень	Крапельні + контактні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	Контактні заходи захисту слід реалізовувати до зниження кількості виділень до мінімального та/або можливості закриття рани/опіку пов’язкою.
Streptococcus species (стрептококи групи А) ураження шкіри, інфікована рана або опік з незначною кількістю виділень або без них	Стандартні		Якщо пов’язка починає сильно промокати до стандартних заходів захисту слід додати контактні.
Streptococcus species (стрептококи групи А) фарингіт у новонароджених і у дітей до 3 років	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	
Streptococcus species (стрептококи групи В) у	Стандартні		

новонароджених Vibrio parahaemolyticus (дивись гастроентерити)			
Абсцес, дренований або розкритий із масивними виділеннями	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Контактні заходи захисту слід реалізовувати до видалення дренажної трубки та/або можливості закриття дренажного отвору пов’язкою та/або зниження кількості виділень до мінімального.
Абсцес, дренований або розкритий із незначною кількістю виділень або їх відсутністю	Стандартні		Якщо пов’язка починає сильно промокати або з’являється необхідність постановки дренажної трубки, до стандартних заходів захисту слід додати контактні.
Аденовірусна інфекція (дивись специфічні заходи щодо гастроентериту, кон’юнктивіту і пневмонії)			
Актиномікоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Амебіаз	Стандартні		Передавання від людини до людини зустрічається зрідка. Будьте особливо обачливі при контактах з підгузками дітей та людей з обмеженими розумовими здібностями.
Ангіна Симановського-Венсана	Стандартні		
Антибіотик-асоційована діарея (дивись Clostridium difficile)			
Аскаридоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Аспергільоз	Стандартні		У випадках наявності у хворого масивних відкритих пошкоджень тканин із значними виділеннями (гнійні, серозні, кров’янисті тощо) та при необхідності їх промивання/санації/іригації до стандартних заходів захисту слід додати контактні і повітряні.
Бабезіоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено, за виключенням переливання крові.
Бластомікоз	Стандартні		Передавання від людини до

північноамериканський, шкірний і легеневий			людини не доведено.
Ботулізм	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Бронхіоліт (дивись респіраторні інфекції у новонароджених та у дітей молодшого віку)	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Надягайте маску у відповідності до стандартних заходів захисту.
Бруцельоз (мальтійська або середземноморська гарячка)	Стандартні		Передавання від людини до людини можливе через сперму. Слід провести постконтактну антибіотикопрофілактику після контакту зі збудником в лабораторії.
Вакцинація			Виключно медичні працівники з позитивним імунним статусом (наявні дані щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) щодо інфекційного агенту (хвороби), щодо якого проводиться вакцинація, можуть бути допущені до проведення процедури. Будь-яка вакцинація, в тому числі і постконтактна, може бути проведена лише при відсутності протипоказів до її проведення.
Вакцинація, небажані реакції в місці введення вакцини від натуральної віспи (Eczema vaccinatum)	Контактні + стандартні	До покриття кірочкою або підсихання	Місце введення вакцини слід закрити напівпроникною пов’язкою і змінювати по мірі необхідності (намокання) або кожні 3—5 днів до покриття кірочкою або підсихання.
Вакцинація, небажані реакції у плода внаслідок вакцинації вагітних від натуральної віспи (внутрішньоутробне інфікування плода вірусом віспи корів)	Контактні + стандартні	До покриття елементів висипу кірочками	
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації від натуральної віспи у вигляді генералізованого ураження шкіри	Контактні + стандартні	До покриття елементів висипу кірочками	
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації	Контактні + стандартні	До підсихання виразки і покриття	

від натуральної віспи у вигляді прогресуючого локального виразкового ураження шкіри		кірочкою	
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації від натуральної віспи у вигляді блефариту або кон'юнктивіту	Контактні + стандартні		Контактні заходи захисту слід реалізовувати до припинення патологічних виділень.
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації від натуральної віспи у вигляді іриту або кератиту	Стандартні		
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації у вигляді мультиформної еритеми (синдром Стівенса-Джонсона)	Стандартні		Не є інфекційним захворюванням.
Вакцинація, небажані реакції після вакцинації у вигляді поствакцинального енцефаліту або менінгіту	Стандартні		
ВІЛ	Стандартні		
Вірусні геморагічні гарячки (включно з гарячками Ласса, Ебола, Марбург, Крим-Конго)	Крапельні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Пацієнтів слід розміщувати в окремій кімнаті/палаті із санвузлом та дверима, які щільно закриваються. Медичні працівники мають дотримуватися: 1. безпеки при проведенні ін'єкцій і безпечних методів роботи; 2. гігієни рук; 3. надягати ЗІЗ для забезпечення захисту від крові та інших біологічних рідин при вході в кімнату/палату (один шар рукавичок нітрилових, ХЗІА або костюм захисний від інфекційних агентів, маска, захисні окуляри або щиток; 4. правильного поводження з відходами, в тому числі ЗІЗ (СОП має бути розроблено КІК та затверджено керівником ЗОЗ). При виконанні аерозольгенеруючих процедур слід використовувати респіратори класу захисту не нижче FFP2.

			Враховуючи, що на останніх стадіях захворювання, вірусне навантаження найвище і можуть спостерігатися кровотечі, слід використовувати подвійний шар рукавичок, захист ніг та взуття (особливо в умовах обмежених ресурсів, де можливості для очищення і дезінфекції незначні).
Вірусні інфекційні хвороби, що переносяться членистоногими: - вірусні енцефаліти (кінський східний, західний, венесуельський енцефаломієліт; енцефаліт Сент-Луїс, каліфорнійський енцефаліт, вірус Західного Нілу); - вірусні гарячки (гарячка денге, жовта гарячка, кліщова гарячка Колорадо)	Стандартні		Не передаються від людини до людини, за виключенням переливання крові. Вірус Західного Нілу може передаватися при трансплантації органів і тканин, через грудне молоко і трансплацентарно.
Віспа мавп	Повітряні + контактні + стандартні	Повітряні — до підтвердження віспи мавп (виключення натуральної віспи) Контактні — до покриття висипу кірочками	
Віспа (натуральна віспа)	Повітряні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Повітряні і контактні заходи захисту слід реалізовувати до поки всі елементи висипу не покрилися кіркою (3—4 тижні). Невакциновані медичні працівники не повинні проводити догляд, в разі якщо в штаті є імунні працівники. Слід використовувати респіратор класу захисту FFP3 в незалежності від імунного статусу. Показане проведення постконтактної вакцинопрофілактики у перші 96 години після контакту.

Вітряна віспа і оперізуючий лишай, генералізована форма у будь-якого пацієнта та локалізовані форми у пацієнтів з імуносупресією до виключення генералізованої форми	Повітряні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Медичні працівники з негативним імунним статусом (відсутність набутого імунітету — відсутність даних щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) не повинен проводити догляд за цими пацієнтами. В разі необхідності надавати допомогу медичним працівником з негативним імунним статусом, йому слід надягнути респіратор класу захисту не нижче FFP2.
Воші на голові (педикульоз)	Контактні + стандартні	Протягом 24 годин після початку лікування	
Воші на тілі	Стандартні		Передавання від людини до людини відбувається через контаміновану (забруднену одежу). Перед зняттям одежі з пацієнта і утилізації її слід надягнути ХЗІА та рукавички.
Гангрена, в тому числі газова	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Гарячка денге	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Гарячка Крим-Конго (дивись вірусні геморагічні гарячки)	Стандартні		
Гарячка Ласса (дивись вірусні геморагічні гарячки)			
Гарячка Марбург (дивись вірусні геморагічні гарячки)			
Гарячка плямиста скелястих гір (Rickettsia rickettsii)	Стандартні		Передавання від людини до людини не зафіксовано, окрім окремих випадків при переливанні інфікованої крові.
Гарячки від укусу пацюків (спірильоз/ содоку, стрептобацильоз)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Гастроентерити	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення

			спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Campylobacter species	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані C. difficile	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Відмініть призначені антимікробні препарати, за можливості. Слід забезпечити кімнату/палату, в якій знаходиться пацієнт індивідуальним медичним обладнанням (наприклад, термометр, тонометр, стетоскоп). Для дезінфекційної обробки некритичних поверхонь використовуйте гіпохлорит натрію. Гігієну рук слід проводити виключно миттям їх з милом і водою, так як антисептик не діє на спори.
Гастроентерити, викликані Cryptosporidium species	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані E. coli (ентеропатогенні O157:H7 та ентероінвазивні)	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані іншими E. coli	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Giardia lamblia	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть

		реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Salmonella species, в тому числі S. typhi)	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Shigella species	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Vibrio cholerae	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Vibrio parahaemolyticus	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані Yersinia enterocolitica	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані аденовірусами	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані вірусами, які не зазначені в інших категоріях	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту в разі догляду за пацієнтами в підгузках (діти, особи з нетриманням калу). Обов’язково почніть

			реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД.
Гастроентерити, викликані норовірусами	Контактні + стандартні		Контактні заходи захисту слід використовувати мінімум 48 годин після одужання пацієнта (зникнення всіх симптомів захворювання). Працівники, які проводять дезінфекцію об’єктів забруднених фекаліями та/або блювотними масами, повинні бути надягнені у маску (так як вірус має здатність підніматися з поверхонь у вигляді крапель, що можуть переноситися на певні відстані). Дезінфекцію некритичних об’єктів рекомендовано проводити гіпохлоритом натрію, приділяючи особливу увагу туалетам (навіть у випадку їх видимої чистоти). Планова обробка дезінфекційними розчинами може бути рекомендована лише при неефективності інших заходів з ПІК (наприклад, одномісне розміщення, гігієна рук, очищення і дезінфекція поверхонь після кожного акту дефекації та/або блювання). Для гігієни рук рекомендовано використовувати миття з милом та водою, так як дані щодо ефективності антисептиків неоднозначні. Основним заходом при спалаху в ЗОЗ є одномісне розміщення пацієнтів в кімнатах/палатах із санвузлом та дотримання стандартних і контактних заходів захисту.
Гастроентерити, викликані ротавірусами	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Основну увагу слід приділити очищенню та дезінфекції поверхонь і утилізації підгузків, які слід змінювати якомога частіше. Необхідно пам’ятати, що у

			немовлят і осіб з ослабленим імунітетом тривалість виділення вірусу в навколишнє середовище може зберігатися певний час після одужання (зникнення симптомів хвороби).
Гепатит вірусний А	Стандартні		Рекомендована постконтактна вакцинопрофілактика, в разі негативного імунного статусу (відсутність в крові IgG до HAV).
Гепати вірусний А у пацієнтів в підгузках або з нетриманням калу	Контактні + стандартні		Контактних заходів захисту слід дотримуватися: новонароджені-діти до 3 років — протягом всього періоду госпіталізації; діти від 3 до 14 років — протягом двох тижнів після появи симптомів; старше 14 років — протягом одного тижня після появи симптомів.
Гепатит вірусний В гострий і хронічний	Стандартні		Слід проводити постконтактну профілактику.
Гепатит вірусний С гострий і хронічний	Стандартні		
Гепатит вірусний D	Стандартні		
Гепатит вірусний Е	Стандартні		Слід додати контактні заходи захисту при догляді за пацієнтами в підгузках або з нетриманням калу.
Гепатит вірусний G	Стандартні		
Герпангіна (дивись ентеровірусна інфекція)			
Герпесу вірус простий (Herpesvirus hominis) енцефаліт	Стандартні		
Герпесу вірус простий (Herpesvirus hominis) новонароджених	Контактні + стандартні	До покриття висипу кірочками	Крім того контактні заходи захисту мають застосовуватися при догляді за дітьми народженими вагінальним шляхом або через кесарів розтин від матерів з клінічними проявами гострої або рецидиву хронічної герпетичної генітальної інфекції до отримання негативної культури із шкіри новонародженого, що взяті

			у віці не менше 24—36 годин та при умові культивування протягом мінімум 48 годин.
Герпесу вірус простий (Herpesvirus hominis) рецидивуючий шкіри, слизових, генітальний	Стандартні		
Герпесу вірус простий (Herpesvirus hominis) шкіри і слизових, локальний або генералізований, гострий період	Контактні + стандартні	До покриття висипу кірочками	
Гіменоліпедоз (Hymenolepis nana)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Гістоплазмоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Гонококова офтальмія новонароджених (гонорейна офтальмія)	Стандартні		
Гонорея	Стандартні		
Гранульома пахова (донованоз, венерична гранульома)	Стандартні		
Грип людський сезонний	Крапельні + стандартні	До 7 днів після початку проявів хвороби або до 24 годин після нормалізації температури тіла	Проведення аерозольгенеруючих процедур потребує повітряних заходів захисту.
Грип людський пандемічний	Крапельні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем та епідеміологом КІК)	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов’язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до рекомендацій виробника. Проведення аерозольгенеруючих процедур потребує повітряних заходів захисту.
Грип пташиний	Повітряні + крапельні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем та епідеміологом КІК)	Повітряні заходи захисту слід використовувати в наступних випадках: проведення аерозольгенеруючих процедур; прийом великої кількості пацієнтів з респіраторними

			симптомами (під час спалаху) в амбулаторно-поліклінічних умовах; проведення догляду за пацієнтом в кімнаті/палаті; транспортування пацієнта в кареті швидкої медичної допомоги.
Гостра ревматична гарячка	Стандартні		Не є інфекційною хворобою.
Гострі респіраторні вірусні інфекції (не класифіковані в інших рубриках) у дорослих	Стандартні		
Гострі респіраторні вірусні інфекції (не класифіковані в інших рубриках) у новонароджених і у дітей до 3 років	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	
Дифтерія глотки	Крапельні + стандартні	До закінчення антибіотикотерапії та отримання негативної культури	Слід отримати дві негативні культури, взятих з інтервалом в 24 години.
Дифтерія шкіри	Контактні + стандартні	До закінчення антибіотикотерапії та отримання негативної культури	Слід отримати дві негативні культури, взятих з інтервалом в 24 години.
Ебола вірус (дивись вірусні геморагічні гарячки)			
Ендометрит та ендоміометрит	Стандартні		
Ентеробіоз	Стандартні		
Ентеровірусна інфекція (групи А і В вірусів Коксакі та ЕСНО-вірусні інфекції; за виключенням поліовірусів)	Стандартні		Слід додати контактні заходи захисту при догляді за дітьми в підгузках і особами з нетриманням калу. Обов’язково почати реалізовувати контактні заходи в разі виникнення спалаху ІПНМД, викликаної ентеровірусами.
Енцефаліт або енцефаломієліт (дивись етіологічний агент)			
Епіглотит, викликаний Haemophilus influenzae типу b	Крапельні + стандартні	До 24 годин після початку антибіотикотерапії	Зверніть увагу, що епіглотит може бути викликаний іншими збудниками.
Епідемічний паротит (свинка)	Крапельні + стандартні	До 5 днів після появи набряків	Медичні працівники з негативним імунним статусом (відсутність

			набутого імунітету — відсутність даних щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) не повинен проводити догляд за цими пацієнтами.
Епштейна-Барр вірусна інфекція (інфекційний мононуклеоз)	Стандартні		
Ехінококоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Імпетиго	Контактні + стандартні	Протягом 24 годин після призначення антибіотикотерапії	
Інфекційна еритема (дивись Parvovirus B19)			
Інфекційний мононуклеоз	Стандартні		
Інфекційні хвороби бактеріальні, викликані МРМО (дивись МРМО)			
Інфекційні хвороби сечовивідних шляхів з та без встановленого сечового катетеру	Стандартні		
Кандидоз, включно з кандидозом слизових оболонок	Стандартні		
Кашлюк	Крапельні + стандартні	Протягом 5 днів після початку антибіотикотерапії	Рекомендована госпіталізація в одномісну кімнату/палату, в разі неможливості — когортне розміщення (когортна ізоляція). Слід провести постконтактну хіміопрофілактику членам домогосподарства пацієнта і медичним працівникам, які перебували тривалий час перебували в зоні пацієнта (без використання ЗІЗ).
Кишкова інфекція, включно із вірусної етіології (дивись гастроентерити)			
Кір	Повітряні + стандартні	Протягом 4 днів після появу висипу; період контагіозності (заразності) довший у осіб з імуносупресією	Медичні працівники з негативним імунним статусом (відсутність набутого імунітету — відсутність даних щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) не повинен

		проводити догляд за цими пацієнтами. В незалежності від імунного статусу, медичні працівники, які проводять догляд за пацієнтами мають носити респіратор класу захисту не нижче FFP3 (надягти до входу в ПІПАІ та зняти після виходу). В разі незахищеного (без надягнутого респіратора) контакту та негативного імунного статусу, показане проведення постконтактної вакцинопрофілактики у перші 72 години після контакту або введення імуноглобуліну людського нормального протягом 6 днів у відповідності до інструкції до препарату. Контактні особи мають бути ізольовані до 21 дня після останнього контакту або до моменту виписки.
Кліщова гарячка Колорадо	Стандартні	Передавання від людини до людини не доведено.
Кокцидіоїдомікоз (долинна гарячка)	Стандартні	Не передається від людини до людини, окрім виключних випадків (наприклад, вдихання ендоспор при аутопсії, трансплантація ураженої легені), так як вірулентна форма Coccidioides immitis не формується в організмі людини.
Кокцидіоїдомікоз (долинна гарячка) пневмонія		Не передається від людини до людини, окрім виключних випадків (наприклад, вдихання ендоспор при аутопсії, трансплантація ураженої легені), так як вірулентна форма Coccidioides immitis не формується в організмі людини.
Контагіозна ектима (орф, контагіозний гнійничковий дерматит)	Стандартні	
Контагіозний молюск	Стандартні	
Кон’юнктивіт гострий бактеріальний	Стандартні	
Кон’юнктивіт гострий бактеріальний,	Стандартні	

викликаний гонококами			
Кон’юнктивіт гострий бактеріальний, викликаний хламідіями	Стандартні		
Кон’юнктивіт гострий вірусний, в тому числі геморагічний	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Найбільш частими збудниками вірусного кон’юнктивіту є аденовіруси, ентеровіруси і вірус Коксакі А24. Ці збудники нерідко спричиняють спалахи серед населення і є вкрай контагіозними (заразними). Нерідко дана група вірусів викликає спалахи ІПНМД в офтальмологічних, неонатальних і педіатричних ЗОЗ.
Коронавірус (збудник ТГРС — дивись ТГРС)			
Короста	Контактні + стандартні	Протягом 24 годин після початку лікування	
Краснуха	Крапельні + стандартні	Протягом 7 днів після появи висипу	Медичні працівники з негативним імунним статусом (відсутність набутого імунітету — відсутність даних щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) не повинен проводити догляд за цими пацієнтами. Медичним працівникам або відвідувачам з позитивним імунним статусом носити маску не рекомендовано. Вагітним з негативним імунним статусом заборонено проводити догляд та відвідувати таких пацієнтів. В разі контакту, особі з негативним імунним статусом, окрім вагітних, показане проведення постконтактної вакцинопрофілактики у перші 72 години після контакту. До контактних осіб, після вакцинації або без неї, мають застосовуватися крапельні заходи захисту з 5 дня після першого контакту до 21 дня після останнього контакту з

			хворим.
Краснуха вроджена	Контактні + стандартні	До досягнення однорічного віку	В разі щонайменше триразових негативних результатів посіву з носоглотки і сечі, рекомендовано перейти виключно на стандартні заходи захисту.
Криптококоз	Стандартні		Не передається від людини до людини, за виключенням рідкісних випадків при трансплантації тканин і роговиці.
Криптоспоридіоз (дивись гастроентерит)			
Круп (дивись респіраторні інфекції у новонароджених та у дітей молодшого віку)			
Ку-гарячка	Стандартні		
Лептоспіроз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Лімфогранульома венерична	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Лімфоцитарний хоріоменінгіт	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Лістеріоз (Listeria monocytogenes)	Стандартні		Передавання від людини до людини відбувається зрідка. Наявні факти перехресної передачі у відділеннях неонатології.
Лямбліоз (дивись гастроентерити)			
Малярія	Стандартні		Передавання від людини до людини при дотриманні стандартних заходів неможливе. Описані випадки зараження при переливанні крові.
Меліоїдоз, всі форми	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Менінгіт асептичний (вірусний; також дивись ентеровірусна інфекція)	Стандартні		Слід додати контактні при догляді за новонародженими та дітьми віком до 3 років.
Менінгіт бактеріальний, викликаний Грам-негативною флорою, у новонароджених	Стандартні		
Менінгіт бактеріальний, викликаний іншими не класифікованими збудниками	Стандартні		
Менінгіт, викликаний Haemophilus influenzae,	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після призначення	

типу b (етіологія підтверджена або підозра)		антибіотикотерапії	
Менінгіт, викликаний Listeria monocytogenes (дивись лістеріоз)	Стандартні		
Менінгіт, викликаний M. tuberculosis	Стандартні		При наявності супутнього ураження легень із бактеріовиділенням додати повітряні заходи захисту, при ураженні шкіри із наявністю виділень — контактні.
Менінгіт, викликаний Neisseria meningitidis (менінгококовий; етіологія підтверджена або підозра)	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після призначення антибіотикотерапії	
Менінгіт, викликаний Streptococcus pneumoniae	Стандартні		
Менінгіт грибковий	Стандартні		
Менінгококова інфекція: сепсис, пневмонія, менінгіт	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після призначення антибіотикотерапії	Слід провести постконтактну хіміопрофілактику членам домогосподарства пацієнта і медичним працівникам, які перебували в контакті або наявна підозра щодо можливості такого контакту зі слизовими виділеннями з верхніх дихальних шляхів (носоглотки).
Метапневмовірусна інфекція	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Контактні заходи захисту слід застосовувати через недостатню кількість відомостей щодо шляхів передачі та фіксування внутрішньолікарняних спалахів.
Мікобактеріози (інфекційні хвороби викликані мікробактеріями, окрім туберкульозу, в тому числі з ураженням легень)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Мукормікоз	Стандартні		
МРМО, інфікування чи колонізація (МРЗС, ВРЕ, ПЧВЗС/ ВРЗС, ПБЛРС, МРСП)	Контактні + стандартні		
Некротизуючий ентероколіт	Стандартні		Слід додати контактні в разі когортного розміщення пацієнтів (когортна ізоляція).
Нематоди	Стандартні		
Нокардіоз, ураження	Стандартні		Передавання від людини до

шкіри з виділеннями або інші прояви			людини не доведено.
Оперізуючий лишай, локалізована форма у пацієнтів без імуносупресії і у випадку якщо зона ураження може бути покрита пов'язкою (якщо зона ураження не може бути покритою — дивись вітряна віспа і оперізуючий лишай, генералізована форма)	Контактні + стандартні	До покриття висипу кірочками	Медичні працівники з негативним імунним статусом (відсутність набутого імунітету — відсутність даних щодо проведеної вакцинації або перенесеного захворювання) не повинен проводити догляд за цими пацієнтами.
Парагрип, в тому числі у новонароджених та дітей до 3 років	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Контагіозність (заразність) пацієнтів з імуносупресією може бути пролоногованою (продовжуватися після клінічного одужання).
Педикульоз	Контактні + стандартні	Протягом 24 годин після початку лікування	
Пневмонія, викликана B. cepacia у пацієнтів без МВ (дивись МРМО)			
Пневмонія, викликана B. cepacia у пацієнтів з МВ, в тому числі колонізація трахеобронхіального дерева	Контактні + стандартні		Даній групі пацієнтів слід уникати будь-яких контактів з іншими пацієнтами з МВ. Рекомендоване одномісне розміщення. Тривалість контактних заходів захисту не визначена. При виході з кімнати/палати пацієнту рекомендовано надягати маску, якщо це можливо за клінічними показниками.
Пневмонія, викликана Haemophilus influenzae, типу b у дорослих	Стандартні		
Пневмонія, викликана Haemophilus influenzae, типу b у новонароджених і дітей до 3 років	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	
Пневмонія, викликана Legionella spp.	Стандартні		
Пневмонія, викликана Mycoplasma (первинна атипова пневмонія)	Крапельні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	
Пневмонія, викликана Pneumocystis carinii (пневмоцистна пневмонія)	Стандартні		Заборонено сумісне розміщення з пацієнтами з імуносупресією.
Пневмонія, викликана Staphylococcus aureus	Стандартні		Для МРЗС дивись МРМО.

Пневмонія, викликана Streptococcus pneumoniae	Стандартні		Слід додати крапельні заходи захисту, в разі підозри/ підтвердженні передачі іншим пацієнтам в ЗОЗ .
Пневмонія, викликана Streptococcus групи А у дітей	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	Слід додати контактні заходи захисту при наявності уражень шкіри.
Пневмонія, викликана Streptococcus групи А у дорослих	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	При наявності уражень шкіри, які викликані Streptococcus групи А, дивись контактні заходи захисту при наявності уражень шкіри.
Пневмонія, викликана Varicella-Zoster вірусом (дивись вітряна віспа)			
Пневмонія аденовірусної етіології	Крапельні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Виражена здатність до спричинення спалахів в ЗОЗ і ЗСЗ. У пацієнтів з імуносупресією контагіозність (заразність) може зберігатися після клінічного одужання.
Пневмонія, викликана збудниками не класифікованими в інших рубриках, в тому числі Грам-негативними бактеріями	Стандартні		
Пневмонія, викликана МРМО (дивись МРМО)			
Пневмонія, викликана хламідіями	Стандартні		
Пневмонія, вірусної етіології не класифікована в інших рубриках у новонароджених і у дітей до 3 років			Дивись гострі респіраторні вірусні інфекції або специфічні збудники.
Пневмонія, вірусної етіології не класифікована в інших рубриках у дорослих	Стандартні		
Пневмонія, грибкової етіології	Стандартні		
Пневмонія, менінгококової етіології	Крапельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	Дивись менінгококову інфекцію.
Поліомієліт	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	
Правець	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Пріонні хвороби (дивись хвороба Кройцфельда-			

Якоба)			
Проказа	Стандартні		
Пролежні інфіковані без виділень або неінфіковані	Стандартні		Слід розпочати реалізацію контактних заходів в разі появи виділень.
Пролежні інфіковані з виділеннями	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Контактні заходи слід реалізовувати до припинення виділень.
Псітакоз (орнітоз)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Рикетсіоз везикульозний (рикетсіозна віспа, Rickettsia akari)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
РСВ-інфекція у новонароджених, дітей до 3 років і у пацієнтів з імуносупресією	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Маску слід надягати у відповідності до стандартних заходів захисту. При догляді за пацієнтами з імуносупресією слід продовжити контактні заходи після одужання (після зникнення клінічних симптомів).
Розеола новонароджених (екзантема субітум, HHV-6)	Стандартні		
Ротавірусна інфекція (дивись Rotavirus)			
Сальмонельоз (дивись гастроентерити)			
Сибірка	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Сибірка, можливий або підтверджений контакт внаслідок чого відбулося вдихання / проковтування спор		До повного очищення	Медичні працівники, що знаходилися поза зоною ураження, до закінчення деконтамінації оточуючого середовища повинні надягнути респіратор класу захисту не нижче FFP2, костюм захисний від інфекційних агентів та нітрилові рукавички і почати очищення осіб із зони ураження від порошку водно-мильним розчином. Після закінчення деконтамінації оточуючого середовища: - миття рук з милом та водою протягом 60 секунд з наступною обробкою 2% розчином хлоргексидину; - постконтактна хіміопрофілактика (ципрофлоксацин або

			левофлоксацин 500 мг двічі на добу з інтервалом 12 годин протягом 10 днів або доксициклін 100 мг двічі на добу з інтервалом 12 годин протягом 10 днів); - після оцінки ризиків інфікування припинення постконтактної хіміопрофілактики (в разі відсутності ризиків) або продовження до 60—100 днів.
Сибірка, шкірна форма	Стандартні		У випадках, якщо наявна велика кількість виділень з виразки або з'являється необхідність встановлення дренажної трубки, додайте контактні заходи захисту до стандартних. Слід використовувати виключно миття рук з милом та водою для гігієни рук, так як антисептики для рук не володіють спороцидною дією.
Синдром Гієна-Барре	Стандартні		Не є інфекційним захворюванням.
Синдром Кавасакі	Стандартні		Не є інфекційним захворюванням.
Синдром ошпареної шкіри стафілококовий	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Дивись Staphylococcus species.
Синдром Рея (синдром Рейе)	Стандартні		Не є інфекційним захворюванням.
Сифіліс в незалежності від форми та місця ураження	Стандартні		
Сказ	Стандартні		Передача від людини до людини зустрічається рідко. Можлива передача при трансплантації рогівки, тканин і органів. Якщо пацієнт вкусив іншого пацієнта або медичного працівника і слина забруднила відкриту рану, слід ретельно промити рану та провести постконтактну профілактику.
Скарлатина (дивись Streptococcus species)			
Споротрихоз	Стандартні		
Стригучий лишай	Стандартні		У випадку виникнення

(дерматофітія, трихофітія, дерматомікоз, парша)			спалаху в ЗОЗ додайте контактні заходи захисту.
Стронгілоїдод	Стандартні		
ТГРС	Повітряні + крапельні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби + 10 днів після зникнення гарячки, за умови що респіраторні симптоми зникли або практично відсутні	Повітряним заходам захисту слід надавати перевагу над крапельними, якщо вони доступні. Госпіталізація в ПІПАІ. Когортна ізоляція допускається виключно при підтвердженні етіології хвороби (когортна ізоляція за клінічними симптомами заборонена). При догляді за хворими (перебування в зоні пацієнта) слід використовувати респіратори класу захисту не нижче FFP2 (маску, якщо респіратор недоступний), захисні окуляри або щиток, ХЗІА та рукавички (перевагу слід надавати нітриловим). При виконанні аерозольгенеруючих процедур використання респіраторів класу захисту не нижче FFP2 є обов’язковим. Рекомендовано проводити планові очищення і дезінфекцію некритичних поверхонь.
Тиф черевний (Salmonella typhi) дивись гастроентерити			
Тиф висипний ендемічний (Rickettsia typhi)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Тиф висипний епідемічний (Rickettsia prowazekii)	Стандартні		Передавання від людини до людини можлива через вошей (дивись воші на тілі).
Тиф поворотний	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Токсоплазмоз	Стандартні		Передача від людини до людини реалізується вертикальним шляхом (від матері до дитини) та іноді внаслідок трансплантації інфікованих органів і тканин.
Трахома	Стандартні		
Трихінельоз (трихіноз)	Стандартні		
Трихомоноз (трихомоніаз)	Стандартні		

Трихуріоз	Стандартні		
Туберкульоз легень або туберкульозний ларингіт не підтверджений	Повітряні + стандартні		Повітряні заходи захисту дозволено припинити у випадках: 1. туберкульоз легень з бактеріовиділенням малоймовірний та 2. встановлено клінічний діагноз, який пояснює симптоматику у хворого або 3. результати 3 бактеріоскопічних досліджень мокроти негативні (кожен із зразків мокроти має бути взятий з інтервалом 8—24 годин і мінімум один з них вранці (до 8 години ранку).
Туберкульоз легень або туберкульозний ларингіт підтверджений	Повітряні + стандартні		Повітряні заходи захисту слід реалізовувати до отримання 3 негативних (взятих послідовно, але не більше одного за день) бактеріоскопічних досліджень мокроти, за умови що хворий знаходиться на протитуберкульозній терапії.
Туберкульоз, позалегеневий без дренованого вогнища, менінгіт	Стандартні		Обстежте хворого на туберкульоз легень.
Туберкульоз, позалегеневий з дренованим вогнищем або при внутрішньобронхіальному розкритті каверни	Повітряні + контактні + стандартні		Обстежте хворого на туберкульоз легень. Повітряні і контактні заходи захисту слід реалізовувати до закриття дренажу або каверни — отримання 3 негативних (взятих щоденно протягом 3 днів) бактеріоскопічних досліджень виділень з дренажу або мокротиння.
Туляремія, будь-яка форма	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Фурункульоз, викликаний стафілококами	Стандартні		Додайте контактні заходи захисту у випадку великої кількості гнійних виділень. Дотримуйтеся розроблених КІК заходів в разі виявлення МРЗС.
Фурункульоз, викликаний стафілококами у	Контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	

новонароджених і дітей до 3 років		— до повного припинення виділень з рани	
Хантавірусний легеневий синдром	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Харчове отруєння, викликане C. perfringens або C. welchii	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Харчове отруєння, викликане стафілококами	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Хвороба Кройцфельда-Якоба	Стандартні		Використовуйте одноразові інструменти або спеціальні підходи до їх стерилізації/дезінфекції у випадку потрапляння на них тканин мозку. Заборонено проводити будь-які спеціальні похоронні процедури (наприклад, бальзамування).
Хвороба кошачих подряпин (доброякісний інокуляційний лімфоретикульоз)	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Хвороба Лайма	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Хвороба легіонерів	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Хвороба Хансена (дивись проказа)			
Хвороби викликані вірусами Коксакі (дивись ентеровірусні інфекції)			
Хвороби викликані цестодами (стьожковими червами), які не класифіковані в інших рубриках	Стандартні		
Холера (дивись гастроентерити)			
Целюліт (гнійне запалення підшкірної жирової клітковини)	Стандартні		
Цистицеркоз	Стандартні		Передавання від людини до людини не доведено.
Цитомегаловірусна інфекція, в тому числі у новонароджених пацієнтів з імуносупресією	Стандартні		Жодних обмежувальних заходів щодо вагітних медичних працівників.
Ціп’як свинячий (Taenia solium)	Стандартні		
Чума (Yersinia pestis), бубонна форма	Стандартні		

Чума (Yersinia pestis), легенева форма	Крапельні + стандартні	Протягом 48 годин після початку антибіотикотерапії	Медичні працівники, які контактували з пацієнтом слід провести постконтактну антибіотикопрофілактику.
Шанкроїд (м’який шанкр)	Стандартні		Від людини до людини передається статевим шляхом.
Шигельоз (дивись гастроентерити)			
Шистосомоз (більгарціоз)	Стандартні		

Загальна інформація з ПІІК в ЗОЗ та ЗСЗ щодо агентів біотероризму групи А

Сибірка

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень — ураження шкіри, дихальної і шлунково-кишкової систем	Шкірна форма — внаслідок потрапляння спор на шкіру (контактний шлях інфікування). Легенева форма — внаслідок вдихання спор (повітряний шлях інфікування). Гастроінтестинальна форма — внаслідок проковтування спор (повітряний шлях інфікування). Коментарі: спори здатні до аеролізації, тому при вдиханні можуть потрапляти безпосередньо в бронхіоли і альвеоли (повітряний шлях інфікування). Доза спор, яка необхідна для розвитку хвороби невідома.
Інкубаційний період	Шкірна форма — від 1 до 12 діб. Легенева форма — зазвичай від 1 до 7 діб, однак описані випадки до 43 діб. Гастроінтестинальна форма — від 15 до 72 годин.
Клінічний перебіг	Шкірна форма: утворюється безболісна папула червоного або рожевого кольору, в центрі якої формується везикула або була через 1—2 дні; протягом наступних 3—7 днів ураження перетворюється на пустулу, формується зона некрозу з вмістом чорного кольору та зоною вираженого набряку навколо. Легенева форма: протягом 1—3 днів після початку хвороби проявляється респіраторними симптомами — гарячка, головний біль, покашлювання або кашель, загальне нездужання; на 2—4 день наростають симптоми легеневої недостатності та синдрому системної запальної відповіді; у близько половини хворих розвивається менінгіт; смертність без лікування становить 85—90%. Гастроінтестинальна форма: ураження шлунково-кишкового тракту характеризується некротичними і виразковими пошкодженнями стінок, які клінічно проявляються гарячкою, нудотою, блюванням, тенезмами і кров’янистим стулом; смертність становить 25—60%.
Діагностика	Шкірна форма: імуногістохімічне дослідження мазків зони ураження (мазок слід брати з-під кірочки чорного кольору або в зоні активного запалення; гнійно-некротичний вміст не містить мікроорганізмів) або пункційного матеріалу; ПЛР та отримання культури при посіві; бактеріоскопія аспіраційної рідини з фарбуванням по Граму; посів крові при генералізації хвороби; серелогічні методи (взяття сироватки крові в гострий період та на

	стадії реконвалесцеції). Легенева форма: при рентгенографії або комп'ютерній томографії легень — розширення середостіння та/або плевральний випіт, збільшення лімфатичних вузлів; аналіз крові методом ПЛР та посіву; аналіз плеврального випоту методом ПЛР, імуногістохімії та посіву; аналіз спинномозкової рідини імуногістохімічним методом, ПЛР та посіву (при наявності менінгіту); серологічні методи (взяття сироватки крові в гострий період та на стадії реконвалесценції); дослідження зразків, отриманих шляхом біопсії плеври або бронхів імуногістохімічним методом. Гастроінтестинальна форма: дослідження крові, асцитичної рідини, зразків калу, мазків з прямої кишки і ротоглотки методами посіву, ПЛР та імуногістохімії.
Контагіозність (заразність)	Шкірна форма: передавання від людини до людини внаслідок контакту з ураженою ділянкою можливе, однак зустрічається зрідка. Легенева і гастроінтестинальна форми: передавання від людини до людини не відбувається. Найбільшу небезпеку несе аеролізований порошок, який містить спори сибірки.
Рекомендовані заходи захисту	Шкірна форма: стандартні заходи захисту; при значних виділеннях із місця ураження слід додати контактні заходи захисту. Легенева форма і гастроінтестинальна форми: стандартні заходи захисту. В разі продовження контакту або його можливості з аеролізованим порошком, який містить спори сибірки, слід надягнути респіратор класу захисту FFP2 або вище та інші ЗІЗ для недопущення потрапляння порошку на шкіру, слизові та одяг. Гігієна рук: мити руки з милом та водою протягом 30—60 секунд або використовувати антисептики для рук, з 2% вмістом розчину хлоргексидину (спиртовмісні антисептики неефективні проти спор). Постконтактна хіміопрофілактика: 60—100 днів прийому антибіотиків (ципрофлоксацин або левофлоксацин або доксициклін).

Ботулізм

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень	Шлунково-кишковий тракт — шляхом вживання їжі або води, які містять токсини. Дихальна система — шляхом вдихання аерозолю, що містить токсини. Коментарі: вдихання аерозолю, що містить токсин, може відбутися внаслідок біотерористичної атаки. LD50 (при дослідженні на лабораторних тваринах летальність становить 50%) для ботулотоксину типу А складає 0,001 мкг/мл/кг.
Інкубаційний період	Від 1 до 5 діб.
Клінічний перебіг	Птоз, загальна слабкість, головокружіння, сухість в роті і горлі, «пелена» перед очима, диплопія, дизартрія, дисфонія і дисфагія з наступним низхідним симетричним паралічем і дихальною недостатністю, в результаті блоку нервово-м'язової передачі до діафрагми.
Діагностика	Встановлюється в першу чергу на основі клінічних симптомів. Біоаналіз заснований на нейтралізації токсинів.

Контагіозність (заразність)	Не передається від людини до людини. Розвиток хвороби можливий лише в разі дії токсину.
Рекомендовані заходи захисту	Стандартні заходи захисту.

ВГГ, викликана вірусом Ебола

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень	Хвороба розвивається після потрапляння вірусу на слизові оболонки або в дихальні шляхи (крапельний і повітряний шляхи інфікування). Додатковим шляхом є потрапляння вірусу через пошкоджену шкіру (контактний шлях інфікування).
Інкубаційний період	Від 2 до 19 діб (зазвичай 5—10 діб).
Клінічний перебіг	Початок захворювання характеризується загальною слабкістю, болями в м'язах, головним болем, блюванням і діареєю. Хвороба швидко прогресує і призводить до шоку та геморагічного синдрому. Масивна кровотеча спостерігається у 50% хворих.
Діагностика	Для етіологічного підтвердження діагнозу проводиться дослідження виділень з дихальних шляхів методом ПЛР, серологічне дослідження парних сироваток крові та імуногістохімічне дослідження культури вірусу із підтвердженням морфології під електронним мікроскопом.
Контагіозність (заразність)	Передавання від людини до людини переважно відбувається через незахищений контакт з кров'ю та іншими біологічними рідинами. Черезшкірне проникнення вірусу (наприклад, внаслідок уколу голкою) пов'язане із найбільшим ризиком інфікування.
Рекомендовані заходи захисту	Враховуючи, що біотерористична атака може проводитися генетично-модифікованим вірусом (з невідомими або раніше не характерними шляхами передачі та інфікування) на початковому етапі слід реалізовувати стандартні, контактні, крапельні і повітряні заходи захисту. Після того як збудник буде ідентифіковано і доведено, що шляхи передачі та інфікування не відрізняються від таких у вірусу, що циркулює в природі, повітряні заходи захисту можна відмінити. При догляді за пацієнтом особливу увагу слід звертати на: 1. безпеку при проведенні ін'єкцій та безпечні методи надання медичної допомоги; 2. гігієну рук; 3. бар'єрні заходи захисту від крові та інших біологічних рідин, які слід надягати при вході в кімнату/ палату пацієнта (один шар рукавичок нітрилових, костюм захисний від інфекційних агентів або ХЗІА, ЗІЗ очей та лиця); 4. поводження з відходами. При проведенні аерозольгенеруючих процедур слід надягати респіратори класу захисту FFP2 або вище. У випадках масового поступлення хворих та неможливості їх ізоляції в ПІПАІ, слід використовувати когортну ізоляцію із дотриманням крапельних, контактних і стандартних заходів захисту. Крім того, необхідно перенаправити потоки пацієнтів без ВГГ, викликаної вірусом Ебола, в інші ЗОЗ і приймати виключно пацієнтів з підозрою/підтвердженими випадками ВГГ. Пацієнтів, які перебувають на лікуванні та

	можуть бути транспортовані слід транспортувати в інші ЗОЗ, з використанням окремих (безпечних) шляхів евакуації.

Чума

Легенева форма чуми не наскільки контагіозна, як часто вважається. Історичні дані і дані останніх досліджень вказують на те, що люди з легеневою формою чуми передають інфекційний агент лише на останніх стадіях хвороби, що пов'язано із виділенням великої кількості кров'янистої мокроти, яка містить бактерії. Пацієнти на ранніх стадіях (в перші 20—24 годин) первинно легеневої чуми являють незначний ризик щодо передавання. Антибактеріальні препарати досить швидко очищують мокроту від збудника, тому пацієнт стає не контагіозним (не заразним) вже через декілька годин після початку лікування. Це означає, що на сьогоднішній день, при вчасному встановленні діагнозу та початку терапії, більшість хворих на чуму не стануть контагіозними (заразними) і не представляють ризику для оточуючих. Крім того, навіть на останніх стадіях захворювання для реалізації інфікування необхідний тісний контакт. Враховуючи вищесказане, для попередження передавання та інфікування чумою достатньо носити маску, дотримуватися особистої гігієни і уникати тісного контакту з хворими (уникати скупчення людей).

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень	Легенева форма — розвивається внаслідок вдихання аерозолю, що містить збудник (повітряний шлях інфікування). Коментарі: в контексті біотероризму значення має лише легенева форма чуми, яка може розвиватися лише у випадку розпилення аеролізованого порошку, що містить інфекційний агент. Доза, яка необхідна для інфікування становить від 100 до 500 бактерій. Інші форми чуми, в результаті яких вторинно може виникнути ураження легень, не несуть загрози щодо можливості біотероризму.
Інкубаційний період	Від 1 до 6 діб (зазвичай 2—3 доби).
Клінічний перебіг	Легенева форма: гарячка, головний біль, кашель, ядуха. Характерне швидке прогресування з наростанням інтоксикації, легеневої недостатності, появою кровохаркання. На останніх стадіях хвороби клінічна картина характеризується синдромом системної запальної відповіді та ДВЗ-синдромом.
Діагностика	Попередній діагноз встановлюється методом бактеріоскопії мокроти, крові або аспірату лімфатичного вузла (фарбування по Граму або Вейсону). Лабораторне підтвердження — посів мокроти, крові або аспірату лімфатичного вузла або серологічне дослідження парних сироваток крові.
Контагіозність (заразність)	Передавання від людини до людини відбувається крапельним шляхом. Ризик передавання в перші 20—24 годин хвороби низький і потребує тісного контакту. Мокрота перестає бути контагіозною (заразною) протягом декількох годин після початку антибіотикотерапії.
Рекомендовані заходи захисту	Стандартні і крапельні заходи захисту. Крапельні заходи захисту слід реалізовувати протягом 48 годин після початку антибіотикотерапії. Необхідність постконтактної хіміопрофілкатики має бути розглянута у випадках незахищеного тісного контакту з хворим.

Натуральна віспа

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень	Генералізована форма — шляхи інфікування повітряний (вдихання аерозолів, які містять вірус), крапельний (потрапляння крапель, які містять вірус на слизові оболонки) і контактний (потрапляння вірусу з об'єктів навколишнього середовища, які контаміновані (забруднені) вірусом через пошкоджену шкіру або через слизові оболонки, наприклад, перенос руками). Коментарі: внаслідок використання вірусу натуральної віспи в якості біологічної зброї з найбільшою вірогідністю виникне природне захворювання, які не фіксувалися з 1977 року.
Інкубаційний період	Від 7 до 19 діб (зазвичай 12 діб).
Клінічний перебіг	На початковому етапі (перші 2—3 доби) хвороба характеризується гарячкою, загальною слабкістю, болями в спині, головним болем та блюванням. Для наступної стадії характерна поява генералізованого папульозного або макульозного висипу, який локалізується більше на лиці і кінцівках, і перетворюється на везикули на 4—5 добу захворювання. На останній стадії везикули перетворюються на пустули. Основна особливість висипу — всі елементи знаходяться на одній стадії розвитку.
Діагностика	Електронна мікроскопія або ПЛР вмісту везикул (діагностика доступна лише в незначній кількості лабораторій, сертифікованих ВООЗ).
Контагіозність (заразність)	Ризик розвитку хвороби у невакцинованих становить близько 50%. Хворі можуть передавати інфекційний агент з моменту появи висипу до покриття його кірочками (близько 3 тижнів). Найбільшу небезпеку становлять пацієнти в перші 10 діб після появи висипу.
Рекомендовані заходи захисту	Слід реалізовувати стандартні, контактні і повітряні заходи захисту до покриття всіх елементів висипу кірочками (3—4 тижні). Передавання та інфікування повітряним шляхом зустрічається зрідка, тому повітряні заходи захисту мають виконуватися якщо це можливо. При масових поступленнях найбільш важливими є крапельні і контактні заходи захисту та ізоляція пацієнтів в межах певної зони (когортна ізоляція). Виключно особи з позитивним імунним статусом (вакциновані) мають надавати допомогу хворим на натуральну віспу. Постконтактну вакцинацію слід провести протягом 96 годин. Побічні ефекти проведення вакцинації від натуральної віспи включають: ненавмисну аутоінокуляцію, ураження слизової оболонки очей (блефарит або кон'юнктивіт), генералізований висип, прогресивне виразкове ураження шкіри в місці введення, поствакцинальну екзему. Після вакцинації місце введення вакцини слід покрити напівпроникною пов'язкою та змінювати її по мірі необхідності (промокання) або кожні 3—5 днів до покриття місця ін'єкції кірочкою. При догляді за місцем введення вакцини слід дотримуватися контактних та стандартних заходів захисту. В разі приєднання вторинної бактеріальної флори в місці

	введення вакцини, слід дотримуватися контактних заходів захисту до підсихання ураження. Ретельно дотримуйтеся гігієни рук.

Туляремія

Характеристика	Додаткова інформація
Локалізація уражень	Легенева форма — інфікування повітряним шляхом внаслідок вдихання аерозолю, що містить бактерії. Гастроінтестинальна (тифоподібна) форма — вживання їжі або води, які контаміновані (забруднені) бактеріями. Коментарі: в контексті біотероризму мають значення виключно легенева і гастроінтестинальна форми. Доза, яка необхідна для інфікування, становить 10—50 бактерій.
Інкубаційний період	Від 2 до 10 діб (зазвичай 3—5 діб).
Клінічний перебіг	Легенева форма: загальна слабкість, кашель з виділенням мокроти, ядуха. Гастроінтестинальна форма: гарячка, марення, кишкові розлади, вторинне ураження легень у вигляді пневмонії.
Діагностика	Діагноз зазвичай підтверджується серологічним методом (дослідження парних сироваток). Додатковими методами є ПЛР зразків крові та інших біологічних рідин, посів на збагачені цистеїном середовища та інокуляція лабораторним мишам.
Контагіозність (заразність)	Передача від людини до людини практично не описана. Серед медичних працівників категорією ризику є працівники лабораторій.
Рекомендовані заходи захисту	Стандартні заходи захисту.

Додаток 3
до Заходів та Засобів щодо попередження
інфікування при проведенні догляду за пацієнтами
(пункт 24 розділу III, пункти 4 та 28 розділу XI)

Зразок Заходів захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання

Заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання

Синдром або попередній клінічний діагноз	Симптоми	Потенційний інфекційний агент	Заходи захисту, які мають реалізовуватися емпірично (стандартні заходи захисту слід використовувати при догляді за будь-яким пацієнтом)

Діарея	Гостра діарея у пацієнтів з необхідністю використання підгузків (нетримання калу або у дітей)	Будь-які інфекційні агенти, що здатні викликати кишкові інфекції	Контактні заходи захисту.
Менінгіт	Менінгеальні симптоми	Neisseria meningitidis	Крапельні заходи захисту протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії. Обов'язкове використання маски та захисних окулярів або щитка при проведенні інтубації трахеї.
Менінгіт	Менінгеальні симптоми	Ентеровіруси	Контактні заходи захисту при догляді за новонародженими та дітьми віком до 3 років.
Менінгіт	Менінгеальні симптоми	M. tuberculosis	Повітряні заходи захисту при наявності будь-якого інфільтрату в легенях у пацієнта (до виключення або закінчення бактеріовиділення). Повітряні і контактні заходи захисту при наявності дренованого інфільтрату з виділеннями або при підозрі/підтвердженні внутрішньобронхіального розкриття туберкульозної каверни.
Генералізований висип невідомої етіології	Петехіальний або еккімозний висип з гарячкою	Neisseria meningitidis	Крапельні заходи захисту протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії.
Генералізований висип невідомої етіології	Петехіальний або еккімозний висип з гарячкою за умови підтвердження подорожі в країни, де реєструються випадки ВГГ за 10 днів до початку гарячки	Віруси Ласса, Ебола, Марбург	Крапельні та контактні заходи захисту, ЗІЗ лиця та очей. Слід акцентувати увагу на дотриманні правил і практик поводження з гострими предметами. Бар'єрні заходи, що направлені на недопущення потрапляння крові та інших біологічних рідин слід посилити захистом взуття та ніг на останніх стадіях хвороби. Використовуйте респіратори класу захисту FFP2 і вище при виконанні аерозольгенеруючих процедур.
Генералізований висип невідомої етіології	Везикульозний висип	Varicella-zoster, herpes simplex, віруси натуральної і коров'ячої віспи	Повітряні і контактні заходи захисту. Контактні заходи захисту слід реалізовувати у випадках ураження шкіри, які з найбільшою вірогідністю викликані вірусами простого герпесу або коров'ячої віспи та у імунокомпетентних пацієнтів

			з локалізованою формою оперізуючого лишая.
Генералізований висип невідомої етіології	Макулопапульозний з кашлем, ринореєю та гарячкою	Кір	Повітряні заходи захисту.
Респіраторне захворювання	Кашель, гарячка, інфільтрат у верхній долі легені у імунокомпетентного пацієнта (ВІЛ-статус негативний або пацієнт не входить в групу ризику)	M. tuberculosis, віруси респіраторної групи, S. pneumoniae, S. aureus	Повітряні та контактні заходи захисту.
Респіраторне захворювання	Кашель, гарячка, інфільтрат у будь-якій долі легені у імуноскомпроментованого пацієнта (ВІЛ-статус позитивний або пацієнт входить в групу ризику)	M. tuberculosis, віруси респіраторної групи, S. pneumoniae, S. aureus	Повітряні та контактні заходи захисту. Використовуйте ЗІЗ очей та лиця і респіратори класу захисту FFP2 або вище при виконанні аерозольгенеруючих процедур або якщо можливий контакт з мокротою. Якщо туберкульоз малоймовірний та відсутні дані щодо наявності у пацієнта інфікування збудниками, які потребують ізоляції в ПІПАІ (наприклад, кір), дозволено використовувати крапельні заходи захисту замість повітряних.
Респіраторне захворювання	Кашель, гарячка, інфільтрат у будь-якій долі легені у пацієнта за умови підтвердження подорожі в країни, де реєструються випадки ТГРС або пташиного грипу за 10 — 21 днів до початку гарячки	M. tuberculosis, коронавірус, вірус пташиного грипу	Повітряні і контактні заходи захисту з обов’язковим використанням ЗІЗ очей.
Респіраторне захворювання	Бронхіоліт та/або пневмонія у новонароджених і дітей до 3 років	РСВ, віруси парагрипу і грипу, аденовіруси, метапневмовірус	Крапельні і контактні заходи захисту. Крапельні заходи захисту можуть бути відмінені в разі виключення аденовірусів і вірусу грипу, як етіологічних чинників хвороби.
Інфекційне ураження шкіри або інфікована рана	Рана за наявності виділень	Staphylococcus aureus, Streptococcus групи А	Контактні заходи захисту. Слід додати крапельні заходи захисту протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії при підозрі на інвазивне захворювання, етіологічним чинником якого може виступати Streptococcus групи А.

КІК ЗОЗ мають модифікувати і адаптувати дані заходи захисту у відповідності до місцевого контексту. З метою гарантування виконання емпіричних заходів захисту в ЗОЗ має бути впроваджена система навчання, підготовки і оцінювання. Емпіричні заходи захисту можуть бути змінені в разі появи нових більш ефективних підходів до ППІК. Будь-які заходи захисту, підходи до реагування, склад команд реагування та відповідальні особи мають бути затверджені керівництвом ЗОЗ .Симптоми, які наведені вище можуть бути стертими або взагалі не проявлятися у певної категорії пацієнтів (наприклад, у новонароджених і у дорослих приступоподібного кашлю при кашлюку може не бути). Тому клініцист має використовувати інформацію щодо поширеності певних інфекційних хвороб серед населення регіону і клінічний досвід.

Мікроорганізми, які перераховані в стовпчику «Потенційний інфекційний агент» є лише можливими етіологічними чинниками зазначених станів і представлені з метою наочного прикладу для розробки емпіричних заходів захисту на рівні ЗОЗ .

Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

Підходи до запобігання інфікування кором в ЗОЗ

Кором зазвичай інфікуються поза межами ЗОЗ , однак внутрішньолікарняне інфікування трапляється.

Найбільш важливим заходом для попередження інфікування кором є вакцинація.

Профілактика кору в ЗОЗ — багатофакторна задача, вирішення якої потребує:

виявлення неімунних (відсутність IgG до вірусу кору або відсутність підтверджених даних щодо проведеної вакцинації або відсутність підтверджених даних щодо перенесеного захворювання) працівників ЗОЗ і проведення їх планової вакцинації;

швидке виявлення та ізоляція пацієнтів з підтвердженою або підозрюваною коровою інфекцією;

дотримання стандартних і заснованих на недопущення інфікування заходів захисту;

дотримання респіраторної гігієни і етикету кашлю;

розроблення і затвердження СОП щодо поводження із пацієнтом з підозрою або підтвердженим кором (наприклад, заходи із забезпечення ізоляції, заходи захисту під час транспортування, обстеження і поводження з контактними особами).

Підтвердженим є контакт у наступних випадках:

1) особа перебувала в одному повітряному просторі із хворим на кір без використання ЗІЗ органів дихання (респіратору класу захисту FFP3 і вище);

2) особа перебувала в повітряному просторі без використання ЗІЗ органів дихання (респіратору класу захисту FFP3 і вище), де перебував хворий на кір, але покинув його і пройшло менше двох годин (вірус кору зберігає свою вірулентність до двох годин в повітрі, за умови відсутності механізмів знезараження повітря).

Заходи по боротьбі з кором в ЗОЗ

1. Забезпечити позитивний імунний статус щодо кору у всіх працівників:

1) доказами наявності імунітету від кору у працівників ЗОЗ є:

письмовий запис щодо проведеної вакцинації двома дозами вакцини, яка містить вірус кору або

лабораторні докази наявності імунітету (наявність підвищеного рівня IgG до вірусу кору в крові; сумнівний або невизначений результат слід вважати негативним) або

лабораторно підтверджене перенесене захворювання або

народження до 1957 року;

2) під час спалаху кору медичним працівникам з негативним імунним статусом слід провести вакцинацію двома дозами вакцини, яка містить вірус кору.

2. Звести до мінімуму потенційну взаємодію з вірусом кору:

1) до прибуття в ЗОЗ :

рекомендовано планувати зустрічі по телефону — для осіб з підозрою на кір надайте інструкції щодо необхідності надягання маски при вході, дотримання респіраторної гігієни і етикету кашлю; крім того надати інформацію який вхід використовувати та кого повідомити про прибуття;

повідомити медичних працівників про прибуття хворого (приблизний час його прибуття, маршрут, ЗІЗ органів дихання, які слід надягнути);

2) під час прибуття в ЗОЗ :

полегшити дотримання респіраторної гігієни і етикету кашлю, гігієни рук та розподілу потоків пацієнтами і відвідувачами шляхом: розміщення візуальних оповіщень, забезпечення засобами для гігієни рук і масками;

працівникам, які зустрічають, надягнути на пацієнта маску (якщо це не зроблено до того і якщо це можливо) та додатково повідомити про необхідність дотримання респіраторної гігієни і етикету кашлю;

дотримуватися визначеного маршруту.

3. Дотримуватися стандартних і заснованих на недопущенні інфікування заходів захисту:

1) дотримуйтеся стандартних заходів захисту при догляді за всіма пацієнтами;

2) дотримуйтеся повітряних заходів захисту при догляді за пацієнтом з кором:

розміщення пацієнта:

- слід якомога швидше розмістити пацієнта в ПІПАІ (маску можна зняти поки пацієнт знаходиться в ПІПАІ без присутності інших осіб);

- якщо ПІПАІ недоступна, слід якомога швидше транспортувати пацієнта у ЗОЗ в якому вона є (в очікуванні переведення пацієнта розмістіть його в окремій кімнаті/палаті з

санвузлом та дверима, які щільно зачиняються; маску при перебуванні в такій кімнаті/палаті знімати не рекомендовано;

- після того як пацієнт покине кімнату/палату (не ПІПАІ) входити до неї протягом двох годин заборонено;

- ПІПАІ має відповідати вимогам, які наведені в додатку 2 до цього Порядку;

вимоги до медичних працівників:

- медичні працівники з негативним імунним статусом щодо кору не має допускатися до проведення догляду за пацієнтами з підтвердженим/підозрюваним кором;

- ЗІЗ органів дихання: слід надягти до входу в ПІПАІ респіратор класу захисту не менше FFP3 (попередньо має бути проведене якісне тестування прилягання респіратора (фіт-тестування); респіратор необхідно надягати в незалежності від імунного статусу щодо кору; попередньо медичні працівники мають бути навчені і підготовлені щодо правильного користування респіратором (показання до надягання, правила надягання, носіння, зняття і утилізації);

заходи захисту при транспортуванні:

- слід обмежити транспортування пацієнтів з підтвердженим/ підозрюваним кором, окрім випадків нагальної необхідності (наприклад, для надання спеціалізованої допомоги, яка не може бути надана в умовах ПІПАІ);

- при транспортуванні: пацієнт має бути одягнений в маску, якщо це не протипоказано; слід використовувати завчасно визначений маршрут, що включає мінімальний контакт з людьми, які не забезпечують догляд за пацієнтом; необхідно попередити медичних працівників в зоні прийому пацієнта щодо його прибуття і щодо необхідності дотримання повітряних заходів захисту;

- якщо необхідно провести транспортування за межі ЗОЗ завчасно слід попередити приймаючих медичних працівників щодо його прибуття і щодо необхідності вжиття повітряних заходів захисту;

тривалість реалізації повітряних заходів захисту:

- при догляді за пацієнтами з кором дотримуватися повітряних заходів захисту слід протягом 4 днів з моменту появу висипу (день появи висипу є 0 днем);

- при догляді за пацієнтами з кором та імунодефіцитом* дотримуватися повітряних заходів захисту слід протягом всього періоду госпіталізації або до одужання, через більш тривале виділення вірусу у даної категорії хворих;

---

* до пацієнтів з імунодефіцитом відносяться, але не обмежуються ними, пацієнти з тяжкими первинними імунодефіцитами; пацієнти, яким була проведена трансплантація кісткового мозку, мінімум до 12 місяців після завершення всього імуносупресивного лікування або довше у пацієнтів, у яких в анамнезі було захворювання «трансплантат проти хазяїна»; пацієнти під час проходження лікування гострого лімфоцитарного лейкозу протягом мінімум 6 місяців по завершенні імуносупресивної хіміотерапії; пацієнти з діагнозом СНІД або ВІЛ-інфекція з тяжкою імуносупресією (CD4 < 15% для будь-якого віку або CD4 < 200 клітин/мл для віку менше 5 років), за умови що вони не були вакциновані від кору на фоні отримання ефективної антиретровірусної терапії.

обмеження перебування відвідувачів на території ЗОЗ :

- в разі появи випадків кору серед населення, слід розглянути можливість/необхідність проведення скринінгу на вході в ЗОЗ ;

- відвідувати пацієнта з кором дозволено виключно особам з підтвердженим позитивним імунним статусом щодо кору;

екологічний контроль кору в ЗОЗ :

- дотримання стандартних процедур очищення і дезінфекції (наприклад, використання засобів для очищення і води для попереднього очищення поверхонь перед нанесенням дезінфікуючих засобів на поверхні до яких часто торкаються) достатньо для екологічного контролю внутрішнього середовища ЗОЗ ;

- слід використовувати виключно дезінфікуючі засоби, які дозволені до використання в ЗОЗ та дотримуватися інструкції виробника;

- утилізувати відходи, в тому числі ЗІЗ, слід відповідно до Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 червня 2015 року № 325, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07 серпня 2015 року за № 959/27404.

4. Заходи щодо контактних осіб, в тому числі медичних працівників:

1) медичні працівники з підтвердженим позитивним імунним статусом щодо кору після контакту з пацієнтом на кір, в тому числі незахищеним:

постконтактної вакцинації не потребують;

обмеження в роботі застосовуватися не повинні;

мають проходити щоденний моніторинг ознак і симптомів кору протягом 21 дня після останнього контакту (слід пам'ятати, що імунні пацієнти можуть переносити кір в стертій або субклінічній формі);

2) медичні працівники без підтвердженого позитивного імунного статусу щодо кору після контакту з пацієнтом на кір:

мають пройти постконтактну вакцинацію від кору протягом 72 годин після першого контакту;

не допускаються до роботи з 5 дня після першого контакту до 21 дня після останнього контакту, в незалежності від отримання постконтактної профілактики;

якщо медичний працівник отримав першу дозу вакцини від кору до контакту, він може продовжувати працювати і повинен отримати другу дозу вакцину через 28 днів після першої вакцинації (крім того, до такого працівника застосовується щоденний моніторинг ознак і симптомів кору протягом 21 дня);

3) медичних працівників, які хворі або підозрілі щодо захворювання на кір: слід відсторонити від роботи на 4 дні від появи перших елементів висипу (перший день появи висипу слід вважати 0 днем); медичних працівників, які входять до групи пацієнтів з імунодефіцитом, слід відсторонити від роботи на весь період хвороби.

4) заходи щодо пацієнтів без підтвердженого позитивного імунного статусу щодо кору після контакту з пацієнтом на кір:

мають пройти постконтактну вакцинацію від кору протягом 72 годин після першого контакту;

мають бути поміщені в ПІПАІ на 21 день після останнього контакту або до моменту виписки;

слід повідомити територіальний заклад громадського здоров'я про контактних пацієнтів, які плануються на виписку, з метою продовження нагляду за ними.

5. Заходи з локалізації та боротьби із спалахом:

1) слід негайно повідомити КІК про можливий або підтверджений спалах кору;

2) КІК, із врахуванням місцевого контексту, має розробити план розміщення пацієнтів з кором (наприклад, госпіталізація виключно в ПІПАІ або когортна ізоляція);

3) в незалежності від методу ізоляції (індивідуальна або когортна) пацієнтів з кором слід розміщувати окремо (окрема будівля, окрема система вентиляції частини будівлі) від пацієнтів з групи ризику розвитку ускладнень кору;

4) рекомендовано використовувати тимчасові вентиляційні рішення для забезпечення негативного тиску в кімнаті/палаті, де знаходяться пацієнти з кором (наприклад, витяжні вентилятори).

6. Навчання і підготовка медичних працівників:

1) в програму навчання і підготовки з ПІІК включити компонент щодо профілактики передавання та інфікування кору;

2) слід провести навчання і підготовку працівників щодо користування респіраторами (показання до надягання, правила надягання, носіння, знімання і утилізації);

3) необхідно провести перевірку теоретичних і практичних знань працівників перед тим, як допустити їх до проведення догляду за пацієнтами з кором.

7. Створити систему реагування:

1) слід впровадити механізми негайного інформування відповідального за ПІІК працівника (КІК та керівництво ЗОЗ) про поступлення або звернення за медичною допомогою пацієнта з кором;

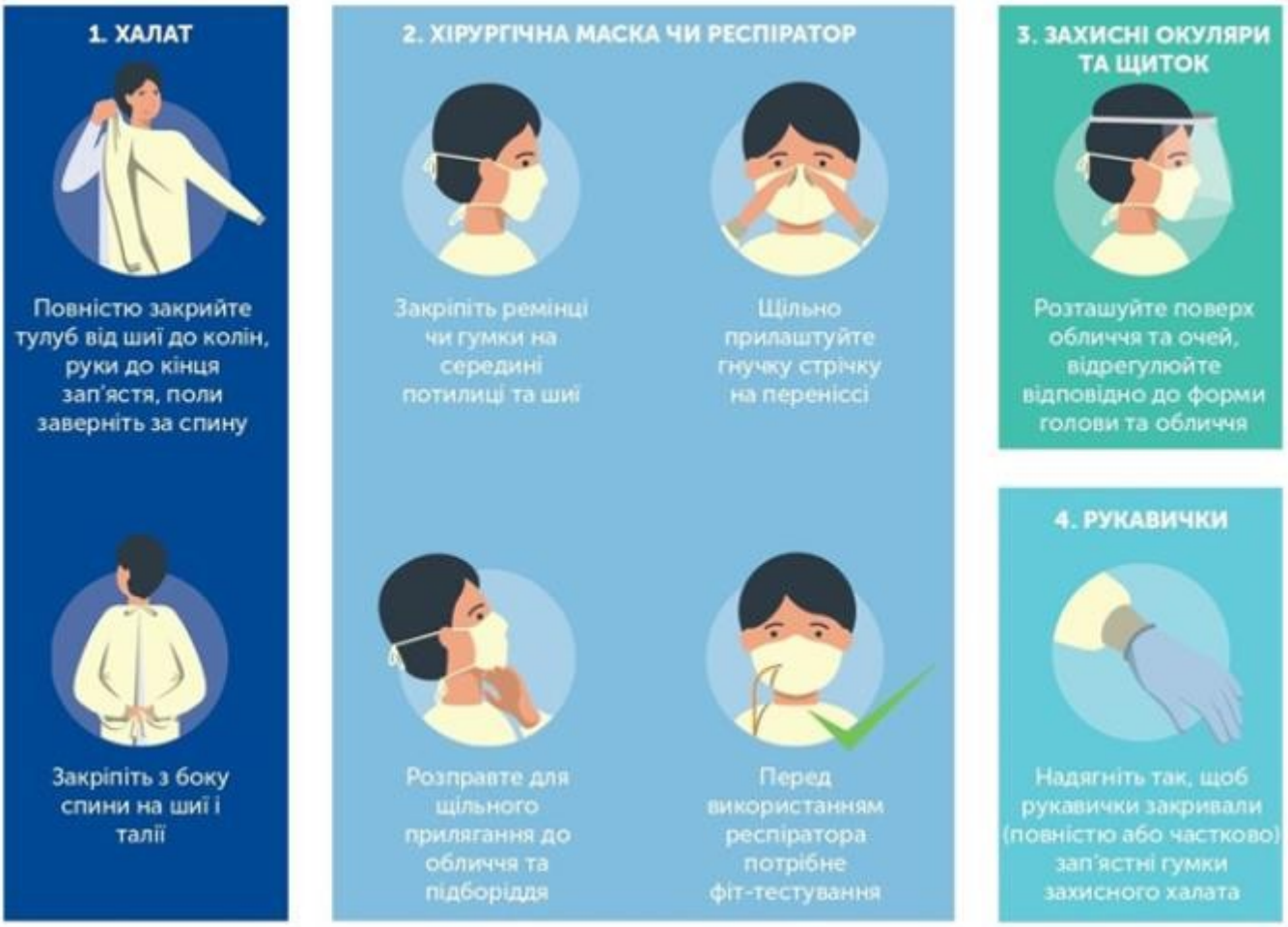
2) необхідно тісно співробітничати з органами охорони здоров'я — повідомляти територіальні заклади громадського здоров'я про виявлення підозрілих/підтверджених випадків кору;

3) постійно здійснювати зворотній зв'язок щодо кору медичним працівникам та іншим зацікавленим сторонам.

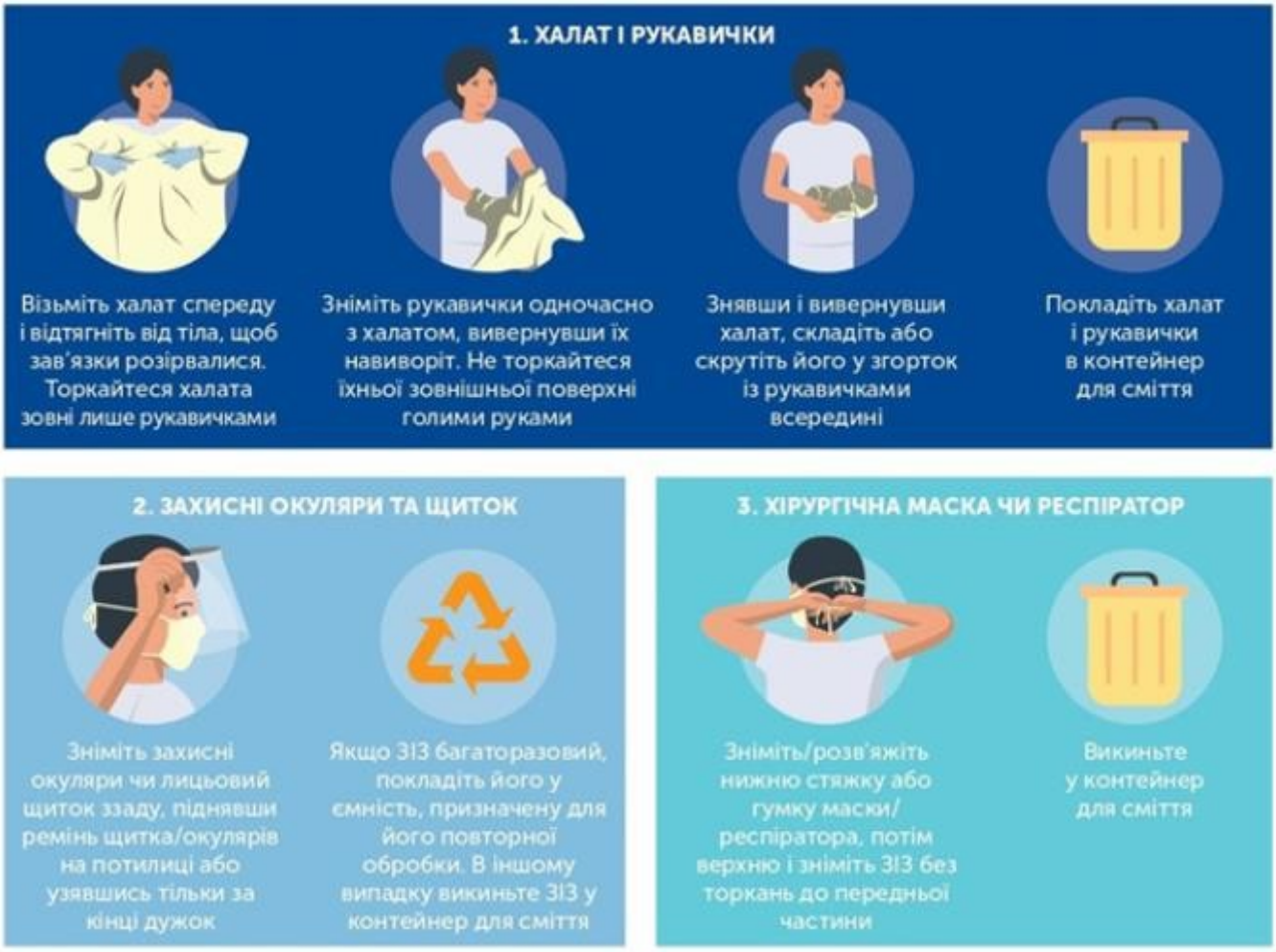
Заходи та Засоби щодо попередження
інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

Підходи одягання і зняття ЗІЗ

Послідовність та правила одягання ЗІЗ



Послідовність та правила зняття ЗІЗ (варіант 1)



Послідовність та правила зняття ЗІЗ (варіант 2)







Порівняння медичних рукавичок, виготовлених з різних матеріалів

Властивості матеріалу	**Латекс**	**Нітрил**	**Вініл**
Захист від хімічних речовин	середній	високий	низький
Захист від розчинників	низький	високий	низький
Захист від вуглеводнів	низький	високий	низький
Захист від кислот та лугів	високий	високий	середній
Захист від спиртів	середній	високий	низький
Біологічний захист	високий	середній	низький
Противірусний	високий	середній	низький
Протибактеріальний	високий	середній	низький
Опір на розрив	середній	середній	низький
Опір порізам та проколам	низький	середній	низький
Комфорт	високий	високий	середній
Імовірність алергії і подразнень	висока	низька	низька
Розтяжність матеріалу	висока	середня	низька
Біорозкладність	висока	низька	низька

Заходита Засоби щодо попередження
інфікування при проведенні догляду за пацієнтами.

Організація профілактики травматичного пошкодження голками в ЗОЗ

1. Адміністративні заходи:

1) керівництво ЗОЗ має впровадити систему контролю за належним використанням голок;

2) слід виключити використання голок, якщо є більш безпечні альтернативи;

3) рекомендовано використовувати голки із системами безпеки;

4) включити в програму навчання і підготовки медичних працівників безпечне користування голками та іншими колючо-ріжучими медичними інструментами;

5) впровадити моніторинг за факторами ризику травм від уколу голкою та ефективність впроваджуваних заходів, що направлені на їх усунення;

6) періодично переглядайте стандарти операційних процедур (мінімум один раз на рік), внаслідок виконання яких відбувається травмування голками, з метою їх удосконалення;

7) мінімум один раз на рік слід забезпечувати зворотній зв'язок із медичними працівниками щодо ефективності впроваджуваних заходів з попередження уколів голкою при наданні медичної допомоги.

2. Медичні працівники з метою захисту себе і своїх колег від уколів голкою:

1) повинні уникати використання голок за наявності безпечних і ефективних альтернатив;

2) повинні надавати інформацію КІК або керівнику ЗОЗщодо наявності медичних інструментів і обладнання із системами безпеки;

3) повинні використовувати медичні інструменти і обладнання із системами безпеки (при наявності менш безпечних альтернатив);

4) не повинні використовувати голки повторно;

5) повинні планувати безпечне виконання процедури і утилізацію відходів перед початком будь-якої процедури з використанням голок;

6) повинні якомога швидше помістити використані голки виключно в контейнери для утилізації гострих предметів;

7) повинні негайно сповістити відповідальну особу про укол голкою або іншим гострим предметом;

8) повинні дотримуватися визначеної в ЗОЗ процедури дій (стандарту операційної процедури) в разі уколу голкою або іншим гострим предметом;

9) повинні повідомляти КІК або керівництво ЗОЗ щодо ризиків уколу голкою чи іншими гострими предметами, які виявлені під час виконання функціональних обов'язків;

10) повинні вакцинуватися від вірусного гепатиту В;

11) повинні приймати участь у навчанні і підготовці щодо правильного поводження з голками та іншими гострими предметами.

Заходи та Засоби щодо попередження
інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

Рекомендації щодо очищення і дезінфекції в ЗОЗ
1. Адміністративні заходи:

1) кожен працівник має бути поінформований щодо небезпек, які несуть для його здоров'я засоби для очищення і дезінфекції та інфекційні агенти;

2) перед допуском до виконання робіт працівники мають бути навчені і ними мають бути відпрацьовані практичні навички щодо поводження із ЗІЗ (показання до надягання, вибір ЗІЗ, надягання, знімання та утилізація ЗІЗ);

3) слід проводити постійний або періодичний моніторинг використання працівниками ЗІЗ, для убезпечення їх від дії інфекційних агентів і хімічних речовин на дихальну систему, шкіру і слизові оболонки очей, носа і рота;

4) набір ЗІЗ має бути повним (включати мінімум рукавички, ХЗІА, маски, засоби захисту очей і респіратори), постійно оновлюватися та включати запас на випадок екстрених ситуацій;

5) ЗІЗ повинні бути у наявності всіх розмірів, для покриття потреби працівників;

6) підбір ЗІЗ залежить від виду небезпечного агенту і тривалості можливої взаємодії з ним;

7) працівників, які мають хвороби шкіри, що можуть загостритися внаслідок виконання процедур очищення та/або дезінфекції, заборонено допускати до такого виду робіт.

2. Очищення і дезінфекція обладнання для догляду за пацієнтами:

1) перед проведенням дезінфекції слід ретельно очистити будь-яке обладнання мийними або ферментними засобами для очищення;

слід видалити видимі органічні залишки (наприклад, залишки крові і тканин) і неорганічні солі шляхом очищення;

очищати обладнання слід якомога раніше після використання (наприклад, в місці використання), з метою недопущення висихання забруднювачів (процес очищення після висихання більш тривалий і менш ефективний, внаслідок чого знижується або втрачається ефективність дезінфекції);

2) перед проведенням процедури необхідно переконатися в тому, що засоби для очищення або ферментні засоби дозволені до застосування на металах або інших матеріалах, які використовуються для виготовлення обладнання, яке підлягає очищенню;

3) слід провести огляд обладнання на наявність пошкоджень, які можуть знизити ефективність дезінфекції (наприклад, тріщини, подряпини); обладнання, яке не може бути ефективно очищено та/або дезінфіковано має бути утилізоване або відремонтоване;

4) некритичні медичні вироби і обладнання підлягають дезінфекції низького рівня;

5) напівкритичні медичні вироби і обладнання підлягають дезінфекції низького або середнього рівня.

3. Вибір і використання дезінфікуючих засобів для проведення дезінфекції:

1) дезінфекція некритичних і напівкритичних медичних виробів проводиться наступними хімічними агентами (тривалість експозиції має становити не менше однієї хвилини, однак, якщо на етикетці вказано інше, слід діяти у відповідності до інструкцій виробника):

70—90% етиловий або ізопропіловий спирт;

гіпохлорит натрію;

фенолвмісні дезінфекційні засоби;

йодофорвмісні дезінфекційні засоби;

четвертинні амонієві сполуки (виключно для некритичних медичних виробів);

2) дезінфекцію медичних термометрів рекомендовано проводити 70—90% етиловим або ізопропіловим спиртом;

3) некритичні медичні вироби, які використовуються для догляду за хворими, у випадках коли вони видимо забрудненні, слід дезінфікувати після попереднього очищення (наприклад, після використання для одного пацієнта);

4) некритичні медичні вироби, які використовуються для догляду за хворими, слід планово дезінфікувати не рідше одного разу на день (для обладнання, яке використовується часто — наприклад, тонометри, термометри, пульсоксиметри) або одного разу на тиждень (якщо вони використовуються рідко або для певної групи пацієнтів — наприклад, шприцевий дозатор, стілець-туалет), в разі якщо вони не використовувалися протягом цього періоду часу;

5) якщо до пацієнта реалізуються контактні заходи захисту, у випадках, коли індивідуальне медичне обладнання недоступне, слід дезінфікувати некритичні медичні вироби перед використанням на іншому пацієнті.

4. Очищення і дезінфекція поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ :

1) перед дезінфекцією слід провести очищення поверхонь або використовувати мийно-дезінфікуючі засоби;

2) слід регулярно очищати і дезінфікувати поверхні внутрішнього середовища у випадках, коли відбулося їх забруднення виділеннями хворого (кров та інші біологічні рідини);

3) слід проводити дезінфекцію поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ планово, в залежності від профілю ЗОЗ , можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає КІК (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);

4) при використанні дезінфекційних розчинів слід дотримуватися інструкції виробника, таких як рекомендоване розведення, сумісність матеріалів (корозійна дія), зберігання, строки придатності (в тому числі в розведеному стані), безпечне використання (в тому числі рекомендовані ЗІЗ) і утилізація;

5) очищувати і дезінфікувати стіни, стелю, жалюзі та віконні штори слід у випадках їх видимого забруднення;

6) під час проведення дезінфекції великої площі поверхонь (наприклад, під час проведення планового прибирання всього відділення) слід попередньо визначити графік заміни приготованих або готових миючих і дезінфекційних або мийно-дезінфекційних розчинів (наприклад, кожні 30 хвилин або після обробки 2—3 кімнат/палат);

7) для проведення обробки приміщень, в яких не проводиться догляд за пацієнтами, достатньо використання миючих засобів і води;

8) заборонено використовувати розчини для високого рівня дезінфекції (наприклад, розчини на основі глютаральдегіду) з метою проведення дезінфекції некритичних і напівкритичних поверхонь;

9) слід проводити дезінфекцію горизонтальних поверхонь в ЗОЗ (наприклад, процедурних столиків, ліжок пацієнтів) планово, в залежності від профілю ЗОЗ , можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає КІК (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);

10) миючі і дезінфекційні або мийно-дезінфекційні засоби слід використовувати виключно відповідно до інструкції виробника (рекомендоване розведення, сумісність матеріалів (корозійна дія), зберігання, строки придатності (в тому числі в розведеному стані), безпечне використання (в тому числі рекомендовані ЗІЗ) і утилізація);

11) не рекомендовано використовувати дезінфекційні засоби для обробки дитячих ліжок і кювезів, під час перебування на них пацієнтів (тобто слід проводити дезінфекцію після виписки хворого); у випадках, коли дезінфекція необхідна за епідемічними показами (наприклад, фенолами), після проведення дезінфекції слід ретельно промити поверхні дистильованою водою і дочекатися поки вони висохнуть перед поміщенням в них пацієнта;

12) у випадках, якщо на будь-які поверхні потрапляють кров або інші біологічні рідини, їх слід якомога швидше очистити і дезінфікувати;

13) забруднені кров'ю та іншими біологічними рідинами витратні матеріали слід негайно утилізувати відповідно до Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 червня 2015 року № 325, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07 серпня 2015 року за № 959/27404;

14) для обробки поверхонь, на які пролиті будь-які рідини, що можуть бути біологічно небезпечними, необхідно:

надягнути рукавички та інші ЗІЗ;

взяти необхідне обладнання (наприклад, при необхідності проводити будь-які маніпуляції із гострими предметами, взяти щипці та стійкий до проколів контейнер);

очистити забруднення за допомогою мийного розчину та провести дезінфекцію зони забруднення та зони навколо нього, в залежності від виду забруднення (наприклад, при забрудненні блювотними масами рекомендовано очистити і дезінфікувати зону в радіусі 1,5—2 метри навколо зони забруднення, так як аеролізовані частинки блювоти можуть бути невидимими, розлітатися на вищевказану відстань і знижувати ефективність заходів з недопущення розповсюдження інфекційних агентів); замість проведення очищення і послідуючої дезінфекції дозволено використання мийно-дезінфікуючих розчинів;

якщо забруднення відбулося великою кількістю біологічних рідин, слід зібрати таку рідину абсорбуючим матеріалом (наприклад, губкою), який потрібно якомога швидше утилізувати;

15) з метою проведення дезінфекції поверхонь у випадку наявності або підозри у пацієнта захворювань, спричинених Clostridium difficile, слід використовувати виключно дезінфекційні засоби із спороцидним ефектом (тобто в інструкції виробника має бути зазначено, що засіб ефективний для дезінфекції від спор Clostridium difficile).

5. Очищення і дезінфекція в стоматології:

1) стоматологічні інструменти, які проникають в м’які тканини та/або кістки (наприклад, щипці для видалення зубів, леза скальпеля) класифікуються як критичні вироби і мають стерилізуватися після кожного використання або їх слід утилізувати;

2) слід стерилізувати після кожного використання стоматологічні інструменти, які не проникають в м’які або кісткові тканини порожнини рота, тобто класифікуються як напівкритичні (наприклад, стоматологічні штопфери, водно-повітряні пістолети), але є термостійкими;

3) слід провести дезінфекцію високого рівня (знищення вегетативних форм мікроорганізмів, мікобактерій туберкульозу, неліпідних вірусів та спор деяких бактерій) після кожного використання стоматологічних інструментів, які не проникають в м’які або кісткові тканини порожнини рота та є термолабільними;

4) некритичні контактні поверхні в зоні пацієнта (наприклад, вимикачі, ручки) мають бути захищені бар’єром (наприклад, поліетиленовою плівкою) або очищатися і дезінфікуватися після кожного пацієнта; для дезінфекції слід використовувати речовини для проведення дезінфекції середнього рівня, що наведені в підпункті 1 пункту 3 цього додатку;

5) захисні бар’єрні покриття рекомендовано використовувати для некритичних контактних поверхонь, до яких часто доторкуються руками в рукавичках, які можуть бути забрудненими, під час надання допомоги пацієнту або які важко очищати (наприклад, панель управління); захисне покриття слід замінити у разі: якщо воно пошкоджене, видимо забруднене біологічними рідинами або планово (наприклад, після кожного пацієнта).

6. Дезінфекція шляхом розпилення:

1) в ЗОЗ або ЗСЗ для проведення рутинних і планових дезінфекційних заходів заборонено використовувати розпилення (аеролізацію) дезінфекційних засобів (наприклад, фенолвмісних або четвертинних амонієвих сполук);

2) не рекомендовано, через відсутність достовірних даних щодо ефективності, використовувати розпилення озону та перекису водню.

Заходи та Засоби щодо попередження
інфікування при проведенні догляду за пацієнтами

Схеми постконтактної хіміопрофілактики менінгококової інфекції

Антимікробний препарат	**Вікова група**	**Дозування**	**Тривалість і спосіб застосування**
Рифампіцин	Діти до 1 місяця	5 мг/кг кожні 12 годин	Перорально протягом 2 днів
	Діти старше 1 місяця	10 мг/кг кожні 12 годин	Перорально протягом 2 днів
	Дорослі	600 мг кожні 12 годин	Перорально протягом 2 днів
Ципрофлоксацин	Дорослі	500 мг	Перорально одноразово
Цефтріаксон	Діти до 15 років	125 мг	Внутрішньом’язово одноразово
	Дорослі	250 мг	Внутрішньом’язово одноразово

Рифампіцин не рекомендований до прийому вагітними, оскільки спричиняє тератогенний вплив у лабораторних тварин. Крім того, терапія рифампіцином може знижувати ефективність оральних контрацептивів, тому рекомендовано використовувати альтернативні методи контрацепції під час прийому препарату.

Ципрофлоксацин не рекомендовано приймати дітям до 18 років, вагітним та під час грудного вигодовування, так як препарат може викликати пошкодження хрящової тканини у незрілих лабораторних тварин. Однак, за відсутності альтернативи ципрофлоксацин може використовуватися у даних груп пацієнтів, враховуючи що клінічні дослідження не доводять розвиток незворотних змін хрящової тканини або інших небажаних наслідків у людей в залежності від віку.