

САНЕПІДРЕЖИМ



Айдин Салманов

головний спеціаліст
Відділу організації
санітарно-
епідеміологічного
нагляду Державної
санітарно-
епідеміологічної
служби України,
канд. мед. наук

У структурі внутрішньолікарняних інфекцій найпоширенішими є післяопераційні хірургічні інфекції, частота виникнення яких не має тенденції до зниження. Запобігти розвитку цих інфекцій можливо, лише суворо дотримуючись проти-епідемічного режиму. Отже, заходи, спрямовані на профілактику інфекцій у лікувально-профілактичних закладах (як у хірургічних відділеннях, так і в операційних блоках), мають бути пріоритетними

Профілактика хірургічних інфекцій

Дотримання асептичного режиму у відділеннях хірургічного профілю лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), і насамперед в операційних і перев'язувальних та післяопераційних палатах, — нагальне завдання. Це передусім сумлінне ставлення до дотримання асептичного режиму всіма працівниками хірургічних, анестезіологічних і реанімаційних відділень, підвищення професіоналізму в проведенні організаційних заходів та контролю їх виконання з боку завідувача хірургічного відділення (операційного блоку) та старшої операційної сестри. Основними заходами боротьби з хірургічними інфекціями в ЛПЗ є їх профілактика як в період операції, так і в післяопераційному періоді.

■ ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

Стандартні заходи безпеки, яких має дотримуватися персонал ЛПЗ, спрямовані на недопущення контактування пацієнтів, інфікованих резистентними штамами мікроорганізмів — збудників внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ), з іншими, в яких не було виявлено колонізації або інфікування цими мікроорганізмами. Ці заходи мають поширюватися на всіх пацієнтів.

При організації та проведенні профілактики ВЛІ слід врахувати клінічний стан кожного пацієнта, а також поширеність резистентних мікроорганізмів перед тим, як приймати рішення стосовно запровадження або коригування стандартних заходів безпеки.

Необхідно використовувати захисні маски під час виконання медичних процедур, в процесі яких можливе розбризкування біологічної рідини (наприклад, при зрошенні ран, відсмоктуванні з ротової порожнини, інтубації тощо), під час догляду за пацієнтами з відкритою трахеостомою та у разі можливості секреції «фонтаном» і передання штамів мікроорганізмів, резистентних до дії антимікробних препаратів (АМП), з надто колонізованих ділянок (наприклад, опікових і травматичних ран).

При контакті з неконтрольованими виділеннями, пролежневими та дренованими ранами, а також трубками/мішечками, що використовуються при стомі, медичний персонал надягає медичні рукавички.

Питання стосовно умов та місць для регулярного використання медичним персоналом хірургічних відділень ЛПЗ рукавичок, халатів з метою запобігання поширенню резистентних штамів мікроорганізмів в амбулаторних або в домашніх умовах вирішується комісією з інфекційного контролю залежно від епідемічної ситуації щодо ВЛІ.

Догляд за пацієнтами, які за медичними показаннями нетранспортувальні, підключені до апаратів штучного дихання, а також за особами, чиї інфіковані виділення або відтоки утримувати неможливо, слід організувати із дотриманням стандартних заходів безпеки, призначених для недопущення контактування з інфікованими пацієнтами.

Для пацієнтів, колонізованих або інфікованих резистентними до дії АМП штамами мікроорганізмів, які не мають дренажних ран, не страждають на діарею або неконтрольовані виділення, слід встановити палатний режим, обмеживши відвідування місць загального користування та спілкування з іншими особами.

Пацієнти з гнійно-запальною хірургічною інфекцією, спричиненою резистентними штамами мікроорганізмів, у тому числі ванкомицін-резистентними штамами ентерококів (VRE) та метицилін/оксацилін-резистентним штамом золотистого стафілокока (MRSA), підлягають

(за можливості) ізоляції в окремі палати (або в одномісні палати). У цих палатах стандартні заходи безпеки забезпечуються таким чином:

- перев'язка та огляд хірургічних ран пацієнтів здійснюється в палаті;
- при вході в палату, де перебувають пацієнти з інфекцією, медичний персонал надягає маску, халат, рукавички і знімає їх при виході;
- при вході та виході з палати, де перебувають пацієнти з інфекцією, медичний персонал обробляє руки спиртовмісними або іншими шкірними антисептиками, дозволеними до використання в Україні;
- предмети догляду, а також стетоскоп, термометр тощо використовуються для кожного пацієнта окремо.

Керівництво хірургічних відділень ЛПЗ має забезпечувати розміщення пацієнтів (за можливості), інфікованих одним і тим самим резистентним штамом мікроорганізмів, у спеціально призначених для цього лікарняних палатах. Пацієнтів слід розміщувати таким чином:

- за наявності одномісних палат в них розміщуються передусім пацієнти, колонізовані або інфіковані мікроорганізмами, резистентними до дії АМП, а також пацієнти, щодо яких існує підозра стосовно колонізації або інфікування штамами мікроорганізмів. Слід надавати перевагу тим пацієнтам, стан яких може спростити передачу інфекції через неконтрольовані виділення;
- за відсутності одномісних палат пацієнтів, інфікованих одним і тим самим резистентним штамом мікроорганізмів, розміщують в одній палаті або в одному блоці;
- якщо розміщення пацієнтів, інфікованих одним і тим самим резистентним штамом мікроорганізмів, в одній палаті є неможливим, слід розмістити їх разом з пацієнтами, щодо яких ризик інфікування цим штамом та розвитку несприятливих наслідків є низьким.

Якщо передання збудників ВЛІ продовжується, незважаючи на виконання стандартних заходів, спрямованих на обмеження контактування, а також на групове розміщення інфікованих пацієнтів, то слід (за можливості) спеціально виділити медсестер та допоміжний персонал для забезпечення догляду за пацієнтами, інфікованими резистентними до дії АМП мікроорганізмами. Керівництво ЛПЗ може розглянути цей варіант одночасно із запровадженням інших заходів профілактики.

■ ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЇ В ОПЕРАЦІЙНОМУ БЛОЦІ

Оскільки поверхні об'єктів лікарняного середовища та медичного обладнання (особливо ті, що розташовані в безпосередній близькості до пацієнта) можуть бути контаміновані збудниками гнійно-запальних інфекцій, персонал стаціонару має завжди надягати халати та рукавички перед

входом до палати, де перебуває пацієнт. При цьому персонал ЛПЗ має стежити за чистотою своїх рук. Нігті слід коротко підстригти в рівень з кінчиками пальців, не допускається покриття лаком, тріщини на поверхні нігтів, застосування накладних нігтів.

Члени хірургічної бригади ЛПЗ входять на територію операційного блоку через санпропускник (шлюзи), приймають гігієнічний душ і змінюють одяг на операційні костюми, а потім здійснюють хірургічну обробку рук.

У приміщеннях ЛПЗ (палати, перев'язувальні, операційний блок тощо), де зазвичай миють руки, умивальник розташовують у легкодоступному місці, обладнують краном з холодною та гарячою водою і змішувачем, який бажано приводити в дію, не торкаючись руками, а струмінь води має бути спрямований прямо у сифон злива для запобігання розбризкуванню води.

Медичному персоналу ЛПЗ слід пам'ятати, що звичайне миття має низьку ефективність щодо усунення зі шкіри рук як транзиторних, так і резидентних мікроорганізмів. Мікроорганізми не гинуть, а з бризками

води потрапляють на поверхню раковин, одяг персоналу, навколишні поверхні. Крім того, в процесі миття можливе вторинне забруднення мікроорганізмами з водопровідної води. З огляду на це, усі медичні маніпуляції, пов'язані з хірургічним лікуванням хворих (хірургічні операції, перев'язування ран тощо), потребують високого ступеня антисептики — хірургічної обробки рук. Звичайне миття перед хірургічною обробкою

призначене виключно для механічної очистки рук, при цьому усуваються білкові та жирові забруднення, частково змиваються спороутворюючі бактерії, а також транзиторні мікроорганізми.

Медичні працівники, які торкатимуться до стерильного операційного поля, стерильних інструментів або операційного розрізу, повинні мити руки до ліктів перед їх хірургічною обробкою заздалегідь у шлюзовому приміщенні операційного блоку ЛПЗ або в передопераційній. Хірургічна обробка рук має здійснюватися згідно з Методичними рекомендаціями, затвердженими відповідними наказами МОЗ України.

Перед обробкою рук потрібно зняти браслети, годинники, обручки. Під час обробки рук слід врахувати наявність так званих критичних ділянок рук, які недостатньо змочуються антисептичним засобом: великі пальці, кінчики пальців, міжпальцеві зони, нігті, білянігтьові валики та піднігтьові зони. При обробці піднігтьових зон доцільно використовувати спеціальні палички або м'які продезінфіковані щітки, найкраще –

Медичному персоналу не рекомендується висушувати руки за допомогою електросушарок (крім санітарних вузлів та буфетних приміщень)

одноразового використання. Найретельніше слід обробляти поверхні великого пальця та кінчики пальців, оскільки на них зосереджено найбільшу кількість бактерій — збудників ВЛІ.

Слід пам'ятати, що хірургічна обробка рук є важливою та відповідальною процедурою, яку проводять перед будь-яким хірургічним втручанням з метою запобігання інфікуванню хірургічної рани пацієнта та одночасного захисту персоналу від інфекцій, що передаються через кров або інші виділення організму хворого. Обробка рук має проводитися з використанням антимікробного засобу перед кожною процедурою. Перед першою процедурою робочого дня на обробку рук слід виділити п'ять хвилин. Між послідовними операціями прийнятна тривалість цієї процедури становить 2–5 хвилин. Для обробки рук використовують швидкодіючі (спиртові або інші) антисептики методом їх втирання в кисті рук та передпліччя, включаючи ліктьові згини. Антисептик наносять на руки порціями (1,5–3,0 мл) і втирають у шкіру протягом часу, вказаного розробником. Перша порція антисептика наноситься тільки на сухі руки.

Члени хірургічної бригади після обробки рук спиртовим або іншим антисептиком мають надягати стерильні медичні халати, а потім стерильні рукавички. Слід пам'ятати, що стерильні рукавички надягають тільки на сухі руки. При проколі рукавички під час операції вона повинна бути замінена якнайшвидше.

Медичному персоналу не рекомендується висушувати руки за допомогою електросушарок (крім санітарних вузлів та буфетних приміщень) через неминуче завихрення повітря, в якому можуть бути забруднюючі частки, а також через недостатнє висихання рук.

Не слід доливати засіб у дозатори антисептиків, які не повністю випорожнені. Всі випорожнені ємності необхідно заповнювати в асептичних умовах, щоб запобігти їх інфікуванню резистентними штамми мікроорганізмів. Доцільно використовувати одноразові ємності.

За відсутності централізованого водопостачання або у разі виникнення проблем з водою при централізованому водопостачанні (наприклад, ремонтні роботи) відділення ЛПЗ забезпечуються закритими ємностями для води з вмонтованими кранами. В ємності заливають кип'ячену воду і замінюють її не рідше одного разу на добу. Перед наступним заповненням ємності ретельно миються і дезінфікуються, обполіскуються та висушуються.

Використання медичних рукавичок захищає пацієнтів та медичний персонал від поширення транзитornoї та резистентної мікрофлори безпосередньо через руки та опосередковано через контакти із забрудненими об'єктами оточення. Разом з тим рукавички не створюють абсолютного захисту, тому не виключають необхідності дотримання техніки обробки рук, яка застосовується в кожному окремому випадку одразу після зняття рукавичок при загрозі інфікування.

Не допускається миття або обробка рук у рукавичках одноразового використання між проведенням «чистих» і «брудних» медичних маніпуляцій навіть в одного пацієнта. Також заборонено ходити в цих рукавичках у відділенні. Дезінфекція рукавичок допускається не більш 1-2 разів винятково в ситуаціях, які потребують частотої заміни рукавичок (забір крові). В цих випадках на рукавичках не повинно бути проколів, забруднень кров'ю чи іншими виділеннями.

Одразу після використання медичні рукавички знімаються і занурюються в розчин дезінфектанту. Після знезараження рукавички одноразового використання підлягають утилізації.

Закінчивши операцію/процедуру, рукавички знімають, руки обробляють антисептиком двічі по 30 секунд, а потім спеціальним засобом для догляду за шкірою рук. Якщо на руки під рукавичками потрапила кров або інші виділення, ці забруднення попередньо знімають тампоном або серветкою, що змочені антисептиком, миють з миючим засобом. Потім ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовим рушником чи серветками. Після цього руки обробляють антисептиком двічі по 30 секунд.

Кожний, хто входить в операційну, перед початком або під час операції, повинен бути у високоефективній масці (переважно одноразового використання), яка повністю закриває рот і ніс, та у шапочці або ковпаку, що повністю покриває волосся. Слід також надівати бахіли.

Хірургічні халати для роботи в операційному блоці виготовляються з повітропроникних тканин багаторазового або одноразового використання, стійких до проникнення вологи, які є ефективними бар'єрами для бактерій навіть при намоканні.

Хірургічний костюм, якщо він забруднений (контамінований) і/або просякнутий кров'ю або іншими інфекційно-небезпечними біологічними рідинами, слід негайно замінити. ■