

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

18.08.2010

№ 684

м.Київ

Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз

Відповідно до статті 7 Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз"

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз (далі - Стандарт), що додається.
2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам головних управлінь охорони здоров'я Донецької, Дніпропетровської, Івано-Франківської, Київської, Львівської, Луганської, Полтавської, Тернопільської, Харківської, Чернівецької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управлінь охорони здоров'я Волинської, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Кіровоградської, Миколаївської, Рівненської, Сумської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та Управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій, головному лікарю Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України, головним державним санітарним лікарям областей, міст Києва та Севастополя, на водному, залізничному та повітряному транспорті довести до відома медичних працівників підпорядкованих лікувально - профілактичних закладів Стандарт та забезпечити його виконання.
3. Голові Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України Черенько С.О.забезпечити в установленому чинним законодавством порядку державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України та доведення його до відома закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкування.
4. Наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.
5. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Бідного В.Г.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
18.08.2010 №684

СТАНДАРТ
інфекційного контролю за туберкульозом
в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового
перебування людей та проживання хворих на туберкульоз

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. У цьому Стандарті терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

Адміністративний контроль – сукупність управлінських рішень та адміністративних заходів, направлених на зниження ризику передачі туберкульозної інфекції повітряно-крапельним шляхом.

Бактерицидне ультрафіолетове опромінення (УФО) – метод контролю за станом повітря закритих приміщень, мета якого знищення або інактивація мікроорганізмів типу мікобактерій туберкульозу за допомогою ультрафіолетового опромінення.

ДОТ – контрольоване лікування під безпосереднім наглядом.

Індивідуальний захист органів дихання – засоби захисту органів дихання (користуються медичні працівники, пацієнти, а також особи, які мають ризик інфікування повітряно-крапельним шляхом), що повинні щільно прилягати до рота та носа, забезпечуючи тим самим захист за рахунок зниження ризику потрапляння туберкульозної інфекції в дихальні шляхи.

Інфекційний контроль за туберкульозом – система організаційних □ протиепідемічних та профілактичних заходів □ спрямованих на попередження виникнення та зниження ймовірності передачі мікобактерій туберкульозу здоровим особам, суперінфекції хворих на туберкульоз у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз.

КСБ – кислотостійкі бактерії.

МБТ – мікобактерії туберкульозу.

Місця довгострокового перебування людей – установи державної кримінально-виконавчої служби України та ізолятори тимчасового тримання

органів внутрішніх справ України, де існує ризик передачі туберкульозної інфекції (далі – установи).

Респіратор – щільно прилягаюча до обличчя маска, оснащена спеціальним фільтром, яка захищає органи дихання людини від інфекцій, що мають повітряно-крапельний шлях зараження.

СЕС – санітарно-епідеміологічна станція.

УОЗ – управління охорони здоров'я.

Хепа-фільтр – спеціальний фільтр, який має здатність затримувати часточки розміром 0,3 – 1,0 мкм.

1.2. Сфера застосування

Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз (далі – Стандарт) призначений для керівників лікувально-профілактичних закладів, лікарів-фтизіатрів, лікарів-інфекціоністів, медичних працівників санітарно-епідеміологічних станцій, лікарів загальної практики - сімейної медицини, центрів СНІДу, медичних сестер, викладачів та студентів вищих навчальних медичних закладів.

1.3. В основі заходів профілактики захворювання на туберкульоз лежить інфекційний контроль.

1.4. Механізм та фактори передачі збудника туберкульозу

МБТ можуть потрапляти в організм різними шляхами: аерогенним, ентеральним, через пошкоджену шкіру, слизові оболонки, плаценту.

Переважає аерогенний шлях зараження. Передача інфекції відбувається за наявності в повітрі ядер інфекційного дрібнодисперсного (1 – 3 мкм) аерозолу, що містить МБТ, які досягають легеневих альвеол. Інфекційний аерозоль – це повітряно-крапельна суміш, що містить МБТ, оточені часточками слизу, слини, що виштовхуються з органів дихання у навколишнє середовище під час респіраторних актів (кашлю, чхання, форсованого дихання) хворої на туберкульоз легень людини, або штучно утворений аерозоль (в результаті аварійної ситуації при роботі із зараженим біоматеріалом, на аутопсії).

Головним фактором передачі туберкульозної інфекції є повітря закритого приміщення з інфекційним аерозолем, що є більшим ризиком інфікування, ніж тісний контакт з хворим.

Вірулентність МБТ в аерозолі зберігається протягом 6 годин.

Ризик зараження туберкульозом залежить від тривалості контакту із хворим, який виділяє МБТ, вірулентності МБТ, концентрації інфекційного аерозолу в повітрі та стану захисних сил організму.

1.5. Заразність джерела збудника інфекції залежить від:

виділення мокротиння (бактеріовиділення виявляється методом мікроскопії мазка мокротиння або методом посіву на поживні середовища);

частоти та сили кашлю;

наявності каверн у легенях;

кількості та вірулентності МБТ;

призначення процедур стимуляції кашлю та виділення мокротиння;

своєчасності призначення хіміотерапії як єдиного та найважливішого фактора зниження заразності.

Хворі, у яких поєднано туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, становлять меншу загрозу. Серед осіб, які мали контакти із хворими на туберкульоз з ВІЛ-позитивним статусом, інфікуються МБТ у 30 % випадків, а з ВІЛ-негативними хворими, але хворими на туберкульоз – 50 % випадків. Захворюваність на туберкульоз серед контактів з хворими на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією становить 1%, а у осіб, які контактували з хворими на туберкульоз з ВІЛ-негативним статусом, – 3%.

1.6. Інфікуюча доза для зараження визначається:

кількістю інфекційного аерозолі, що потрапила до легень;

повторними інгаляціями інфекційного аерозолі та проникнення МБТ в легені;

вірулентністю МБТ;

сприйнятливістю організму особи, що контактує із хворим на туберкульоз.

1.7. Фактори ризику передачі туберкульозу:

експозиція інфекційного аерозолі в закритих приміщеннях із вентиляцією, яка не відповідає діючим нормативам;

рециркуляція повітря, яке містить інфекційний аерозоль.

Розповсюдженню збудника інфекції можуть сприяти медичні працівники при несвоєчасній діагностиці та початку лікування, призначення процедур, що сприяють аерозолізації МБТ.

II. КОМПОНЕНТИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

2.1. Організаційні заходи:

розроблення МОЗ, його територіальними органами заходів для впровадження інфекційного контролю за туберкульозом;

визначення лікувально-профілактичними закладами структури управління заходами інфекційного контролю, складання плану їх реалізації та контролю за їх виконанням;

оцінка стану облаштування існуючих приміщень лікувально-профілактичних закладів з метою їх можливої реконструкції або будівництва нових;

проведення епідеміологічного нагляду за випадками туберкульозу серед працівників лікувально-профілактичних закладів, визначення зон і оцінка ризику інфікування та захворювання на туберкульоз на всіх рівнях системи охорони здоров'я;

залучення громадських, міжнародних організацій до співпраці щодо підвищення рівня обізнаності пацієнтів та відвідувачів лікувально-профілактичних закладів з інфекційного контролю за туберкульозом;

моніторинг та оцінка ефективності заходів інфекційного контролю;

організація і проведення наукових досліджень з питань інфекційного контролю за туберкульозом.

2.2. Адміністративний контроль :

видання відповідних наказів, створення комісії з інфекційного контролю за туберкульозом (далі – Комісія) та складання плану інфекційного контролю за туберкульозом (далі – План) у кожному лікувально-профілактичному закладі, місцях довготривалого перебування людей. Комісія – група фахівців, на яких покладаються функції адміністративного контролю за туберкульозом у закладі/установі відповідно до посадових інструкцій. План, який розробляється членами Комісії, повинен включати всі компоненти інфекційного контролю за туберкульозом і враховувати особливості об'єкта, для якого він призначений;

розробка та внесення до посадових інструкцій фахівців, які є членами Комісії, відповідних обов'язків, їх затвердження керівником лікувально-профілактичного закладу/установи;

швидка ідентифікація пацієнтів із симптомами туберкульозу, ізоляція та окреме розміщення інфекційних пацієнтів, розподіл потоків хворих, своєчасний початок лікування хворих на туберкульоз, дотримання алгоритму ведення пацієнтів із негативним мазком мокротиння, контроль за розповсюдженням туберкульозної інфекції шляхом дотримання етикету кашлю та особистої гігієни під час респіраторних актів;

зменшення часу обстеження пацієнтів з підозрою на туберкульоз та часу контакту з пацієнтами, які виділяють МБТ у навколишнє середовище, медичних працівників, членів родини хворого на туберкульоз для попередження інфікування;

забезпечення комплексу профілактичних та лікувальних заходів для медичних працівників, включаючи профілактику ВІЛ-інфекції, проведення антиретровірусної терапії та профілактики туберкульозу ізоніазидом для ВІЛ-інфікованих працівників;

скорочення тривалості (циклу) роботи зі зразками мокротиння та культурою, терміну діагностичного процесу визначення медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів за рахунок використання автоматизованих систем для визначення МБТ на основі рідких середовищ та впровадження генетично - молекулярних технологій;

контроль за дотриманням вимог щодо охорони праці працівників медичних закладів/установ.

2.3. Контроль за станом повітря закритих приміщень

Елементи компонента		
Використання природної та механічної вентиляції		Використання засобів УФО
Види вентиляції	Принципи вентиляції	Використання Хепа-

		випромінювання	фільтрів
<p>1. Природна вентиляція: провітрювання через відкриті вікна та двері (при відсутності вірогідності перетікання повітря із забруднених зон до чистих).</p> <p>2. Механічна вентиляція: підтримка різниці тиску між приміщенням та навколишнім середовищем, забезпечення нормованого та спрямованого повітрообміну у приміщеннях з дотриманням заданих параметрів повітряного середовища (швидкості потоку, температури, тиску, вологості тощо), встановлення системи очищення повітря на вході та виході.</p> <p>3. Змішана вентиляція: – використання природної вентиляції із витяжними вентиляторами.</p> <p>4. Місцева вентиляція локально забезпечує зменшення концентрації інфекційного аерозолу у повітрі робочої зони/робочого місця (місця утворення інфекційного аерозолу): – ламінарні шафи; – кабіни для збирання мокротиння із негативним тиском.</p> <p>5. Загальнообмінна вентиляція забезпечує зменшення концентрації інфекційного аерозолу у приміщеннях: одноразовий обмін повітря, рециркуляція повітря при використанні ламп УФО та Хепа - фільтрів</p>	<p>1. Спрямування повітря (від «чистого до забрудненого»), в якому практично відсутній інфекційний аерозоль до приміщень/робочих місць, в яких утворюється інфекційний аерозоль.</p> <p>2. Одноразовий обмін повітря.</p> <p>3. Рециркуляція повітря лише при використанні у вентиляційних засобах ламп УФО та Хепа - фільтрів.</p> <p>4. Створення негативного тиску в місцях з високою концентрацією інфекційного аерозолу.</p> <p>5. У місцях, де концентрація інфекційних частинок значна (середній ступінь ризику), кратність обміну повітря у приміщенні повинна дорівнювати не менше 6 разів за годину, а в місцях з високим ризиком – 10-12 разів за годину</p>	<p>1. Відкриті лампи УФО (робота за графіком).</p> <p>2. Закриті лампи УФО (працюють у цілодобовому режимі).</p> <p>3. Контроль інтенсивності УФО та дотримання графіків роботи відкритих ламп.</p> <p>4. Потребують технічного обслуговування</p>	<p>1. Знаходяться у респіраторних, ламінарних шафах, вентиляційних системах та затримують дрібнодисперсний інфекційний аерозоль</p> <p>2. Потребують технічного обслуговування/заміни</p>

2.4. Індивідуальний захист органів дихання та принципи дотримання особистої гігієни під час респіраторних актів:

використання медичними працівниками та іншими особами, які спілкуються з хворими на заразні форми туберкульозу респіраторів. Хворі на заразні форми туберкульозу при контакті з медичними працівниками, членами сім'ї та іншими особами зобов'язані використовувати хірургічні маски (марлеві/одноразові);

під час кашлю та чхання для закриття рота та носа використання одноразових серветок/хустинок/шматків тканини та їх знезараження після використання відповідно до вимог чинного законодавства. У разі відсутності серветок необхідно прикривати рот та ніс передпліччям або рукою під час кашлю або чхання. Ці частини тіла необхідно одразу помити водою;

використання одноразових контейнерів для спльовування мокротиння;

носіння хірургічних масок для хворих без бактеріовиділення, які з будь-яких причин не можуть прикривати рот та ніс під час кашлю та чхання.

III. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДАХ

3.1. Організація інфекційного контролю за туберкульозом у протитуберкульозному закладі покладається на головного лікаря. Наказом головного лікаря затверджується склад Комісії, яку він очолює.

3.2. Функції Комісії:

моніторинг і оцінка ризиків захворювання на туберкульоз працівників, відвідувачів протитуберкульозних закладів та суперінфекції серед пацієнтів;
аналіз захворюваності медичних працівників на туберкульоз;
оцінка технічного стану та матеріального забезпечення протитуберкульозного закладу з подальшим складанням кошторису реконструкції/ремонту;
розробка Плану;
дотримання заходів щодо охорони праці, особистої гігієни працівниками закладу.

План затверджується щороку головним лікарем протитуберкульозного закладу/установи. Перевірка стану виконання Плану здійснюється Комісією щокварталу. Завідувачі та старші сестри структурних підрозділів протитуберкульозного закладу здійснюють перевірку стану виконання Плану не рідше одного разу на місяць. Доповнення та зміни до Плану розглядаються Комісією та затверджуються позачергово.

3.3. Обов'язковий перелік відділень протитуберкульозного закладу третинного рівня для розподілу потоків хворих на туберкульоз:

диспансерне відділення для амбулаторного прийому пацієнтів з ДОТ-кабінетом для дорослих;

диспансерне відділення для амбулаторного прийому пацієнтів з ДОТ-кабінетом для дітей;

приймальне відділення для дорослих;

приймальне відділення для дітей;

дитяче відділення для дітей без бактеріовиділення;

дитяче відділення для дітей - бактеріовиділювачів;

відділення диференційної діагностики;

відділення для хворих на туберкульоз легень без бактеріовиділення;

відділення для хворих на туберкульоз легень із бактеріовиділенням;

відділення для хворих на хіміорезистентний туберкульоз;

відділення для хворих на хронічний туберкульоз;

відділення для хворих на позалегеновий туберкульоз;

відділення/палата для ВІЛ-інфікованих осіб;

відділення інтенсивної терапії;

хірургічне відділення;

реанімаційне відділення.

3.4. Оцінка ступеня ризику захворювання на туберкульоз у структурних підрозділах протитуберкульозних закладів:

Структурні підрозділи протитуберкульозних закладів		
Ступінь ризику інфікування та захворювання на туберкульоз		
Високий	Середній	Низький
бактеріологічна лабораторія	відділення з МБТ(-)	клінічна лабораторія
bronхологічний кабінет, реанімаційне відділення	пульмонологічне відділення	центральна аптека лікувально-профілактичного закладу
радіологічне відділення	торакальне відділення, операційний блок	адміністративно-господарча частина лікувально-профілактичного закладу
протитуберкульозне відділення з МБТ(+) та мультирезистентним туберкульозом/ туберкульоз з широкою резистентністю	відділення функціональної діагностики, фізіотерапевтичне відділення	службові приміщення для персоналу (кімнати для переодягання, прийому їжі, душові кабінети та туалети)
приймальне відділення	дитяче відділення	
кабінет оториноларингологічних захворювань	відділення позалегенового туберкульозу	
патолого-анатомічне відділення		
стоматологічний кабінет		
пункт збору мокротиння	пункт знешкодження інфікованого матеріалу	

3.5. Здійснення інфекційного контролю в приміщеннях різного ступеня ризику захворювання на туберкульоз

Ступінь ризику, структурний підрозділ	Компоненти інфекційного контролю та їх реалізація		
	адміністративний	контроль за станом навколишнього середовища	індивідуальний захист медичних працівників
Високий ступінь ризику			
бактеріологічна лабораторія	розподіл зон роботи (набір приміщень їх інфраструктура, розміщення обладнання повинні забезпечувати поточність руху досліджуваного матеріалу)	автономна припливно-витяжна вентиляція з негативним тиском; ламінарні бокси з Хепа-фільтрами; загальнообмінна припливно-витяжна вентиляція, дезінфекція поверхонь; лампи УФО	респіратори з Хепа – фільтром при аварійних ситуаціях; спецодяг та спецвзуття*
патолого-анатомічне відділення	розподіл зон роботи	загальнообмінна припливно-витяжна вентиляція, лампи УФО; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
bronхологічний кабінет	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	хімічна дезінфекція фібробронхоскопів, припливно-витяжна/змішана вентиляція, лампи УФО закритого типу, дезінфекція поверхонь	респіратори з негативним тиском, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу

радіологічне відділення	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	припливно-витяжна вентиляція, лампи УФО закритого/відкритого типу; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
приймальне відділення	розподіл дорослих та дітей в окремих приміщеннях з окремими входами	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого/відкритого типу; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
відділення з (МБТ+)	розподіл потоків хворих згідно з профілем медикаментозної чутливості	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого типу; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу; хірургічні маски для хворих
відділення з мультирезистентним туберкульозом/ туберкульозом з широкою резистентністю	розподіл потоків хворих згідно з профілем медикаментозної чутливості	припливно-витяжна /змішана вентиляція, лампи УФО закритого типу; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу, хірургічні маски для хворих
кабінет оториноларингологічних захворювань	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого/відкритого типу; дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
стоматологічний кабінет	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого/відкритого типу, дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
пункт збору мокротиння у приміщенні	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого/відкритого типу, дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
пункт знешкодження інфікованого матеріалу	розподіл зон роботи	припливно-витяжна /змішана/природна вентиляція; лампи УФО закритого/відкритого типу, дезінфекція поверхонь	респіратори з Хепа-фільтром, спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
Середній ступінь ризику			
пульмонологічне, торакальне, дитяче, поза-легеневого туберкульозу відділення	розподіл потоків хворих згідно із затвердженим графіком	природна вентиляція; лампи УФО відкритого типу	спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу

Низький ступінь ризику			
клінічна лабораторія, центральна, аптека лікувально-профілактичного закладу, адміністративно-господарча частина, службові приміщення для персоналу (кімнати для переодягання, приймання їжі, душові кабінки та туалети)	розподіл потоків хворих	припливно-витяжна/ природна вентиляція	спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу
Майданчики для збирання мокротиння на відкритому повітрі	розподіл потоків хворих, індивідуальне відвідування	природна інсоляція та інші вимоги безпеки збирання мокротиння на майданчику	спецодяг та спецвзуття для медичного персоналу

* Спецодяг – халат, медичний ковпак/косинка; спецвзуття – капці/бахили; зміна халатів, ковпаків (косинок) повинна здійснюватись не рідше двох разів на тиждень. При забрудненні виділеннями хворих спецодяг міняється негайно. Медперсоналу забороняється прати спецодяг вдома.

3.6. Безпека збирання, транспортування зразків мокротиння для дослідження у пунктах збору мокротиння

Пункт збору мокротиння (далі – Пункт) протитуберкульозного закладу організовується в його структурі з метою контрольованого збирання якісних зразків мокротиння, зберігання та транспортування їх до лабораторій для здійснення лабораторної діагностики туберкульозу.

Порядок функціонування Пункту, рівень оснащення, ведення облікової документації визначаються відповідно до чинного законодавства.

Пункт підпорядковується керівнику структурного підрозділу, у складі якого він організовується. Відповідальним за збирання мокротиння наказом головного лікаря закладу призначається медичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку.

Категорично забороняється організовувати Пункт у складі або на території клініко-діагностичних і бактеріологічних лабораторій.

Процедура збирання мокротиння у пацієнтів для обстеження щодо виділення МБТ проводиться на відкритому майданчику або в спеціально призначеному приміщенні, придатному для контрольованого збирання мокротиння.

Збір мокротиння у приміщенні закладу здійснюється у спеціальних кабінах або відповідно обладнаних кімнатах: із вентиляцією (бажано з негативним тиском), лампами УФО (бажано закритого типу). Приміщення, де розташований Пункт, повинно мати площу не менше 15 м², його необхідно розділити скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини: для

збирання мокротиння та для медичного персоналу, який контролює цей процес. Поверхня стін приміщення, де безпосередньо відбувається збір мокротиння, повинна мати покриття, яке легко миється та дезінфікується.

Після того, як медпрацівник проінструктує хворого, як збирати мокротиння, він повинен залишити приміщення, в якому знаходиться хворий і спостерігати за процесом збору через віконце, в разі потреби підказувати хворому, як правильно йому діяти.

Медичним працівникам забороняється входити у кабінку/кімнату під час або одразу після закінчення процедури збору мокротиння. Зазначені приміщення використовуються лише для збору мокротиння (під час збору мокротиння у приміщенні повинен перебувати лише один пацієнт). У цій кімнаті медичні працівники повинні працювати тільки в респіраторах з Хепа-фільтром.

У кімнаті без негативного тиску повинна бути природна вентиляція (через квартиру чи вікно) або штучна. Приміщення необхідно провітрювати після кожного пацієнта (кратність обміну повітря повинна бути не менше 10-12 разів за годину). Крім того, пункт збирання мокротиння повинен бути забезпечений водопостачанням (рукомийник).

Після проведення інструктажу медичним працівником пацієнт збирає мокротиння в одноразові контейнери, що герметично закриваються. Заповнивши контейнер, пацієнт кладе закритий одноразовий контейнер з мокротинням на лоток для огляду зразка медичним працівником щодо якості збору мокротиння. Після завершення збору мокротиння медичний працівник кладе закриті одноразові контейнери із зразками у пластмасовий контейнер з кришкою (який підлягає дезінфекційній обробці після здачі зразків у лабораторію) для подальшого транспортування.

Щодня після завершення роботи Пункту проводиться поточна дезінфекція з вологим прибиранням з дезінфікуючими засобами та опромінення бактерицидною лампою відповідно до чинного законодавства. Генеральне прибирання проводиться в кінці кожного тижня з обробкою стін, вікон, стелі, підлоги та робочих поверхонь дезінфекційними засобами, відповідно до чинного законодавства з обов'язковою реєстрацією в спеціальних журналах обліку.

3.7. Безпека збирання мокротиння у стаціонарі для хворих на туберкульоз

Хворі на туберкульоз органів дихання, у яких є виділення мокротиння, забезпечуються у стаціонарі одноразовими контейнерами для збору мокротиння. Медичний працівник відділення щоденно збирає заповнені контейнери (у відро з кришкою) та знезаражує відповідно до чинного законодавства у спеціально відведеному приміщенні. Використані контейнери спалюють у печі для знешкодження інфікованого матеріалу протитуберкульозного закладу. Порядок проведення дезінфекції приміщення для збирання контейнерів з мокротинням викладений у абзаці дванадцятому пункту 3.6 цього Стандарту.

Приміщення для знезараження мокротиння не повинно розташовуватись у зоні середнього та низького ризику, туалетних кімнатах для хворих та персоналу, обов'язковою умовою є наявність у приміщенні ламп УФО та вентиляції.

3.8. Вимоги до безпеки збирання зразків мокротиння на майданчиках (на відкритому повітрі)

Якщо площа приміщення для збору мокротиння менша ніж 15 м² і її не можна розділити, дозволяється збирати мокротиння на відкритому майданчику.

Відкритий майданчик розташовують окремо від основних споруд, місць відпочинку, прогулянок хворих, на спеціально відведеній території протитуберкульозного закладу, в місцях, що добре провітрюються, з урахуванням переважного напрямку вітру по відношенню до інших будівель, з достатньою інсоляцією та асфальтованим покриттям.

Відповідальний за збір мокротиння медичний працівник повинен мати окрему кімнату, у якій зберігає чисті одноразові контейнери для збирання мокротиння та інші витратні матеріали, веде обліково-звітну документацію та проводить інструктаж з пацієнтом щодо правил збирання мокротиння.

Під час збору хворим мокротиння на відкритому майданчику відповідальний медпрацівник спостерігає за процесом (з приміщення) через скляні двері/щільно закрите вікно.

Територія майданчика прибирається і дезінфікується (поточна дезінфекція) в кінці кожного дня відповідно до вимог чинного законодавства.

3.9. План у протитуберкульозному закладі затверджується наказом головного лікаря та включає обов'язкові розділи:

3.9.1. Адміністративний контроль, до якого відносяться:

видання відповідних наказів, складання планів та створення комісій інфекційного контролю за туберкульозом;

розробка та внесення до посадових інструкцій членів Комісії відповідних функціональних обов'язків;

розподіл потоків хворих;

визначення зон та ступеня ризику інфікування МБТ;

оцінка існуючих заходів інфекційного контролю;

навчання персоналу, пацієнтів та членів їх родин, відвідувачів здійсненню інфекційного контролю за туберкульозом;

розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю під час проведення пацієнтам медичних маніпуляцій та процедур; дезінфекція, стерилізація; особиста гігієна;

моніторинг впровадження інфекційного контролю за туберкульозом;

розробка рекомендацій щодо поліпшення інфекційного контролю за туберкульозом для кожного структурного підрозділу;

коригування Плану;

виділення у зонах низького ризику закладу/установи окремих побутових приміщень для медичних працівників (для прийому їжі, душових, умивальників, туалетів);

контроль дотримання медичними працівниками заходів щодо охорони праці.

3.9.2. Контроль стану повітря закритих приміщень:

оцінка використання у структурних підрозділах установи/закладу природної, механічної або змішаного типу вентиляції та проведення дезінфекції;

оцінка технічного стану систем вентиляції приміщень (схема вентиляції, проведення замірів її ефективності) та УФО;

оцінка потреби щодо розробки заходів з контролю за станом повітря закритого приміщення;

придбання ламп УФО, перевірка технічного стану, бактерицидної дії існуючих ламп УФО (розрахунок необхідної кількості ламп УФО, в першу чергу - для приміщень з високим ризиком);

перевірка роботи систем вентиляції, визначення пріоритетів МБТ(+).

3.9.3. Засоби індивідуального захисту органів дихання для персоналу медичних закладів та хворих:

визначення потреби щодо засобів індивідуального захисту персоналу залежно від ступеня ризику передачі МБТ (розрахунок необхідної кількості респіраторів);

визначення потреби щодо хірургічних масок для пацієнтів, у першу чергу – для відділень МБТ(+), хворих на мультирезистентний туберкульоз/туберкульоз з широкою резистентністю.

3.10. Перелік обов'язкових розділів для підготовки звіту про виконання Плану у протитуберкульозному закладі:

3.10.1. Адміністративний контроль.

3.10.2. Контроль за станом повітря закритих приміщень.

3.10.3. Індивідуальний захист органів дихання.

3.10.4. Звіт про виконання Плану складає Комісія за формою, затвердженою МОЗ, та щороку до 10 січня подає до обласного протитуберкульозного закладу, останній подає до УОЗ адміністративної території загальний звіт до 15 січня.

3.11. Розподіл потоків хворих

3.11.1. Розподіл потоків хворих за результатами мікроскопії мазка мокротиння на КСБ та даними чутливості до протитуберкульозних препаратів:

відділення (зона) середнього ризику інфікування – для хворих з негативним мазком мокротиння;

відділення (зона) високого ризику інфікування – для хворих з позитивним мазком мокротиння;

відділення (зона) високого ризику інфікування з посиленим контролем – для хворих з хіміорезистентним туберкульозом, для хворих з повторним лікуванням та ризиком мультирезистентного та туберкульозу з широкою резистентністю.

Розподіл потоків хворих необхідно здійснювати починаючи з приймального відділення відповідно до ступеня заразності та можливої стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

Переведення хворих у відповідне відділення слід здійснювати не пізніше ніж через 8 годин після отримання результатів мазка мокротиння або результатів чутливості до протитуберкульозних препаратів.

Черговість відвідування кабінетів допоміжних служб лікарні, що затверджується відповідним графіком *:

Черговість	Контингент хворих
перша черга	хворі без бактеріовиділення ¹
друга черга	хворі з підозрою на туберкульоз ²
третья черга	хворі із бактеріовиділенням МБТ та збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів ²
четверта черга	хворі на мультирезистентний туберкульоз із бактеріовиділенням ²
п'ята черга	хворі на туберкульоз із широкою резистентністю із бактеріовиділенням ²

* Після кожного потоку (черги) пацієнтів необхідно проводити обов'язкове провітрювання, УФО приміщень відповідно до затвердженого графіка роботи кабінету.

¹ Хворі не повинні відвідувати інші відділення протитуберкульозного закладу.

² При відвідуванні допоміжних служб протитуберкульозного закладу хворі зобов'язані носити хірургічні одноразові/марлеві маски.

3.11.2. Розподіл потоків хворих на хіміорезистентний туберкульоз та залежно від профілю медикаментозної резистентності *:

Контингент хворих	Розподіл хворих
Хворі без бактеріовиділення або з позитивним мазком мокротиння за наявності контакту з хворим на мультирезистентний/ з широкою резистентністю туберкульоз або з невідомим статусом чутливості МБТ	<p>Перебувають в окремих палатах відділення для пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз до отримання результату тесту чутливості МБТ.</p> <p>Культуральне дослідження мокротиння та тест медикаментозної чутливості виконують переважно на аналізаторі мікробіологічному автоматичному.</p> <p>Взяття крові здійснювати в палатах.</p> <p>Прийом ліків та харчування здійснюють в палатах.</p> <p>Установку душових кабін та туалетів здійснюють у палатах.</p> <p>У разі лабораторного підтвердження хіміорезистентного туберкульозу пацієнта переводять у відділення для хворих на хіміорезистентний туберкульоз.</p> <p>Хворих за наявності показань переводять на амбулаторне лікування</p>
Пацієнти з лабораторно підтвердженим хіміорезистентним туберкульозом із бактеріовиділенням	<p>Перебувають в окремих палатах відділення для хворих на хіміорезистентний туберкульоз із урахуванням профілю медикаментозної чутливості МБТ.</p> <p>Медичні процедури, прийом ліків та харчування здійснюють у палатах.</p> <p>У разі отримання негативного результату бактеріологічного дослідження пацієнта переводять на амбулаторне лікування або в окрему палату.¹</p> <p>Установку душових кабін та туалетів здійснюють в палатах/боксах.</p> <p>Консультації хворих лікарями вузького профілю здійснюють на базі відділення</p>

Пацієнти з лабораторно підтвердженим хіміорезистентним туберкульозом після припинення бактеріовиділення ¹	Харчування здійснюють у їдальні
--	---------------------------------

* У разі лабораторного підтвердження мультирезистентного/з широкою резистентністю туберкульозу у відділеннях протитуберкульозного закладу пацієнта переводять у відділення для хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

¹ За наявності показань до продовження стаціонарного лікування.

3.12. Інші заходи адміністративного контролю у протитуберкульозних закладах:

виділення службових приміщень у відділенні (зоні) низького ризику інфікування для переодягання, прийому їжі, душових кабін та туалетів для персоналу кожного структурного підрозділу;

забезпечення кожного хворого лікарняним одягом, змінним взуттям, необхідним для перебування у відділеннях, постільною білизною, індивідуальними контейнерами для збору мокротиння, хірургічними одноразовими/марлевими масками;

забезпечення консультантів, які консультують хворих у структурних підрозділах тубдиспансеру, спецодягом, спецвзуттям, респіраторами;

забезпечення пацієнтів поліклінічних відділень паперовими серветками, а хворих на туберкульоз – хірургічними одноразовими/марлевими масками;

відокремлення приміщень (або має бути окремий вхід) для відвідувань пацієнтів, хворих на туберкульоз, без бактеріовиділення;

виділення окремих приміщень та обладнання їх переговорним пристроєм, лампами УФО (закритого типу) для відвідувачів хворих із бактеріовиділенням.

відвідування пацієнтів проводити згідно із затвердженим графіком, при відвідуванні важких хворих у палатах забезпечити відвідувачів масками, халатами, бахилами;

навчання персоналу, хворих та відвідувачів дотриманню вимог інфекційного контролю, скороченню терміну спілкування з хворими із бактеріовиділенням;

рентгенологічне обстеження при прийомі на роботу та щорічний медичний огляд медичних працівників;

проведення профілактичних медичних оглядів працівників відділень високого ступеня ризику інфікування з обов'язковим рентгенологічним обстеженням двічі на рік;

дотримання безпеки умов праці для ВІЛ-інфікованих працівників (заборона працювати у структурних підрозділах, які належать до зон високого ступеня ризику, щорічна профілактика ізоніазидом, проведення антиретровірусної терапії);

здійснення контролю за дотриманням пацієнтами особистої гігієни та правильного застосування респіраторів медичними працівниками;

прийом на роботу співробітників тільки після проходження медичного огляду з флюорографічним обстеженням та проведення проби Манту з 2 ТО;

організація знешкодження використаних масок, бахил та іншого інфікованого матеріалу.

3.12.1. Навчання пацієнтів та членів їх родин, відвідувачів навичкам особистої гігієни та застосування засобів індивідуального захисту органів дихання:

використання одноразових серветок/хустинок/шматків тканини під час кашлю та чхання для закриття рота, носа; знешкодження використаних серветок.

У разі відсутності серветок прикривати рот та ніс передпліччям або рукою під час кашлю або чхання (ці частини тіла необхідно одразу помити водою);

використання контейнерів для спльовування мокротиння;

носіння хірургічних масок для хворих з бактеріовиділенням та пацієнтів, які з будь-яких причин не можуть прикривати рот та ніс під час кашлю та чхання.

3.13. Здійснення контролю стану повітря закритих приміщень включає:

оцінка існуючого стану системи вентиляції приміщень;

технічне обслуговування системи припливно-витяжної вентиляції та її удосконалення;

використання природного та змішаного способів вентиляції;

використання механічної вентиляції;

у разі використання в палатах вентиляції з Хепа-фільтрами проведення контролю за їх експлуатацією (ведення журналу технічного обслуговування) та технічне обслуговування;

проведення замірів ефективності роботи вентиляційної системи відповідного структурного підрозділу лікувально-профілактичного закладу (термоанемометр, валеометр тощо);

суворе дотримання графіка технічного обслуговування очищувачів повітря, складеного відповідно до інструкцій з експлуатації;

облаштування у відділеннях кімнат/кабін для збору мокротиння з витяжною вентиляцією;

забезпечення структурних підрозділів лампами УФО та контроль за їх експлуатацією, бактерицидною дією (терміни використання та заміри інтенсивності опромінення за допомогою фотометра або ультрафіолетового радіометра, ведення журналу технічного обслуговування);

технічне обслуговування ламп УФО: очищення із застосуванням 70 % етилового спирту при проведенні генерального прибирання приміщень (відповідно до технічних умов);

укладення угод щодо технічного обслуговування вентиляційної системи та ламп УФО;

дотримання дезінфекційного режиму у структурних підрозділах закладу та палатах для хворих відповідно до вимог нормативних документів, затверджених МОЗ;

контроль за роботою дезінфекційної камери, парових та повітряних стерилізаторів;

контроль за якістю проведення дезінфекції та передстерилізаційного очищення медичного інструментарію багаторазового використання;

контроль за проведенням стерилізації медичного інструментарію багаторазового використання;

забезпечення протитуберкульозних закладів локальними очисними спорудами, установками знезараження стічних вод.

3.14. Здійснення контролю за використанням засобів індивідуального захисту органів дихання включає:

дотримання протиепідемічних правил та норм у роботі персоналу щодо індивідуального захисту органів дихання, використання респіраторів та їх тестування на щільність прилягання, дотримання правил особистої гігієни;

у відділенні високого ступеня ризику інфікування обов'язковим для персоналу є носіння респіраторів та для пацієнтів – масок;

у структурному підрозділі протитуберкульозного закладу з середнім ступенем ризику для пацієнтів є обов'язковим носіння хірургічних масок;

забезпечення персоналу достатньою кількістю засобів індивідуального захисту органів дихання, медичного та спеціального одягу.

ІV. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В ЦЕНТРАХ ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ

4.1. За дотримання вимог інфекційного контролю за туберкульозом в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом відповідає головний лікар. Наказом головного лікаря затверджується склад Комісії, яку він очолює.

4.2. Функції Комісії у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом :

моніторинг і оцінка ризиків захворювання на туберкульоз медичних працівників, відвідувачів та пацієнтів;

аналіз захворюваності медичних працівників на туберкульоз, туберкульоз у поєднанні зі СНІДом;

оцінка технічного стану та матеріального забезпечення закладу з подальшим складанням кошторису – реконструкції/ремонту;

розробка Плану (з урахуванням заходів щодо туберкульозу в поєднанні з ВІЛ-інфекцією).

4.2.1. План затверджується щороку наказом головного лікаря закладу. Перевірка стану виконання Плану здійснюється Комісією один раз на півроку. Завідувачі та старші сестри структурних підрозділів закладу здійснюють перевірку стану виконання Плану не рідше одного разу на квартал. Доповнення та зміни до Плану розглядаються та затверджуються позачергово.

4.2.2. Звіт про виконання Плану складається Комісією за формою, затвердженою МОЗ, та подається до УОЗ адміністративної території до 15 січня щороку.

4.3. План інфекційного контролю за туберкульозом у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом включає обов'язкові розділи:

4.3.1. Адміністративний контроль:

розподіл потоків хворих (ДОТ-терапія, випадки з підозрою на туберкульоз);
навчання персоналу, пацієнтів та членів їх родин, відвідувачів з питань інфекційного контролю за туберкульозом;

розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю під час проведення пацієнтам медичних маніпуляцій та процедур; дезінфекція, стерилізація; гігієна рук тощо;

моніторинг впровадження інфекційного контролю за туберкульозом;

дотримання заходів щодо охорони праці, особистої гігієни працівниками центрів профілактики і боротьби зі СНІДом.

4.3.2. Контроль за станом повітря у закритих приміщеннях:

оцінка потреби щодо заходів інфекційного контролю за станом повітря закритих приміщень згідно зі ступенем ризику (перелік заходів);

перевірка ламп УФО та розрахунок необхідної кількості ламп УФО та їх придбання у разі потреби.

4.3.3. Індивідуальний захист органів дихання:

визначення наявності, використання та потреби у засобах індивідуального захисту органів дихання персоналом та пацієнтами залежно від ступеня ризику передачі МБТ.

4.4. Проведення заходів адміністративного контролю:

відокремлення кабінетів фтизіатра та для приймання хворих на туберкульоз від інших кабінетів;

невідкладна ізоляція хворого з підозрою на туберкульоз в окремій палаті до уточнення діагнозу;

швидке обстеження хворих з підозрою на туберкульоз шляхом мікроскопії мокротиння та рентгенофлюорографії;

організація збору зразків мокротиння у хворих з підозрою на туберкульоз у центрах СНІДу - відповідно до вимог, викладених у пунктах 3.6, 3.8 цього Стандарту;

дотримання алгоритму ведення пацієнтів з негативним мазком мокротиння;

укладення договору з іншими лікувально-профілактичними закладами для проведення мікроскопії мазка мокротиння та рентгенофлюорографії;

щорічні профілактичні флюорографічні огляди для медичних працівників;

проведення хіміопротекції туберкульозу ВІЛ-інфікованим.

4.5. Проведення заходів захисту повітря закритих приміщень:

використання припливно-витяжної/змішаної/природної вентиляції та ламп УФО в приміщеннях, де перебувають пацієнти.

V. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

5.1. За дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу у лікувально-профілактичних закладах відповідає головний лікар. Наказом головного лікаря затверджується склад Комісії, яку він очолює.

5.2. Функції Комісії у лікувально-профілактичних закладах:

моніторинг і оцінка ризиків інфікування та захворювання на туберкульоз працівників медичних закладів, відвідувачів та пацієнтів;
аналіз захворюваності працівників медичних закладів на туберкульоз;
оцінка технічного стану та матеріального забезпечення-закладу з подальшим складанням кошторису реконструкції/ремонту з огляду на вимоги інфекційного контролю за туберкульозом;
розробка Плану.

5.2.1. План щороку затверджується наказом головного лікаря. Перевірка стану виконання Плану здійснюється Комісією шокварталу. Завідувачі та старші сестри структурних підрозділів закладу/установи здійснюють перевірку стану виконання Плану не рідше одного разу на місяць. Доповнення та удосконалення Плану розглядаються та затверджуються позачергово.

5.2.2. Звіт про виконання Плану складається Комісією за формою, затвердженою МОЗ, та подається до УОЗ адміністративної території до 15 січня щороку.

5.3. План лікувально-профілактичного закладу включає обов'язкові розділи:

5.3.1. Адміністративний контроль:

розподіл потоків хворих (ДОТ-терапія та хворі з підозрою на туберкульоз);
навчання персоналу, пацієнтів та членів їх родин, відвідувачів здійсненню інфекційного контролю за туберкульозом;
розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю під час проведення пацієнтам медичних маніпуляцій та процедур; дезінфекція, стерилізація; гігієна рук тощо;
моніторинг впровадження інфекційного контролю за туберкульозом;
розробка рекомендацій щодо поліпшення інфекційного контролю для кожного структурного підрозділу;
коригування Плану;
дотримання заходів охорони праці, персональної гігієни працівниками лікувально-профілактичного закладу.

5.3.2. Контроль стану повітря закритих приміщень:

заходи розробляються відповідно до підпункту 3.9.2 цього Стандарту.

5.3.3. Індивідуальний захист органів дихання:

визначення потреби щодо засобів індивідуального захисту персоналу залежно від ступеня ризику передачі МБТ у разі підозри захворювання на туберкульоз (розрахунок необхідної кількості респіраторів);

визначення потреби масок для пацієнтів з підозрою на туберкульоз.

5.4. Здійснення моніторингу заходів адміністративного контролю у лікувально-профілактичних закладах:

- відокремлення кабінету фтизіатра від інших кабінетів/розподіл потоків хворих;
- швидке обстеження хворих з підозрою на туберкульоз шляхом мікроскопії мокротиння та рентгенофлюорографії;
- забезпечення закладу одноразовими контейнерами для збирання мокротиння для пацієнтів із підозрою на туберкульоз;
- облаштування пункту для збору мокротиння системою припливно-витяжної/змішаної/природної вентиляції та лампами УФО (за відсутності приміщення – відведення майданчика на відкритому повітрі);
- укладення договору з іншими лікувально-профілактичними закладами для проведення мікроскопії мазка мокротиння (у разі відсутності можливості проведення мікроскопії);
- невідкладне направлення хворого з підозрою на туберкульоз до спеціалізованого протитуберкульозного закладу;
- дотримання алгоритму ведення пацієнтів з негативним мазком мокротиння;
- щорічні профілактичні флюорографічні огляди для медичних працівників;
- розміщення у приміщеннях закладів та надання інформаційних матеріалів для пацієнтів, відвідувачів щодо шляхів передачі туберкульозу, етикету кашлю.

5.4.1. Організація збору мокротиння у хворих з підозрою на туберкульоз у лікувально-профілактичних закладах здійснюється відповідно до вимог, викладених у пунктах 3.6, 3.8 цього Стандарту.

5.5. Заходи захисту повітря закритих приміщень:

використання припливно-витяжної/змішаної/природної вентиляції та ламп УФО в приміщеннях, де перебувають пацієнти.

VI. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У МІСЦЯХ ДОВГОСТРОКОВОГО ПЕРЕБУВАННЯ ЛЮДЕЙ

6.1. За дотримання вимог інфекційного контролю за туберкульозом в установах державної кримінально-виконавчої служби України та ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, відповідає керівник установи. Наказом керівника затверджується Комісія, яку він очолює.

6.2. До складу Комісії входять:

6.2.1. В установах державної кримінально-виконавчої служби України - керівник установи/начальник медичної частини установи Державної кримінально-виконавчої служби України, лікар-епідеміолог та лікар з комунальної гігієни територіальної (за згодою) або відомчої СЕС, головний позаштатний спеціаліст УОЗ або відділу охорони здоров'я зі спеціальності «фтизіатрія», матеріально-відповідальна особа установи;

6.2.2. В органах внутрішніх справ України – начальник міськ(рай) органу внутрішніх справ України та начальник ізолятора тимчасового тримання, лікар-

епідеміолог, лікар з комунальної гігієни територіальної (за згодою) або відомчої СЕС, головний позаштатний спеціаліст УОЗ або відділу охорони здоров'я зі спеціальності «фтизіатрія», матеріально-відповідальна особа міськ(рай)органу.

6.3. Функції Комісії у місцях довгострокового перебування людей:

моніторинг і оцінка ризиків захворювання на туберкульоз працівників та громадян/засуджених/затриманих (далі – особи), які перебувають в установах/ізоляторах тимчасового тримання;

аналіз захворюваності на туберкульоз працівників та осіб, оцінка технічного стану та матеріального забезпечення установи з подальшим складанням кошторису реконструкції/ремонту;

розроблення Плану (з урахуванням компонентів інфекційного контролю, визначених цим Стандартом) та моніторинг його реалізації;

участь у проведенні розслідування випадків професійного захворювання на туберкульоз серед персоналу установ із залученням (за згодою) фахівців санітарно-епідеміологічних станцій регіонального рівня (Кримської республіканської, обласних, Київської та Севастопольської міських СЕС).

6.3.1. План затверджується щороку керівником установи/закладу, яка є місцем довгострокового перебування людей. Перевірка стану виконання Плану здійснюється Комісією щокварталу. За підготовку організації роботи Комісії відповідає керівник установи, яка є місцем довгострокового перебування людей. Доповнення та зміни до Плану розглядаються Комісією та затверджуються позачергово.

6.3.2. Звіт про виконання Плану за формою, затвердженою МОЗ, складається Комісією та подається до УОЗ адміністративної території до 15 січня щороку.

6.4. Заходи адміністративного контролю у місцях довгострокового перебування людей:

флюорографічне обстеження осіб проводити протягом п'яти днів після прийому в установи/ізолятори тимчасового тримання, які є місцями довгострокового перебування людей;

швидке обстеження хворих із підозрою на туберкульоз шляхом мікроскопії мокротиння та рентгенофлюорографії;

невідкладна ізоляція хворих з підозрою на туберкульоз до уточнення діагнозу та госпіталізація для подальшого лікування відповідно до чинного законодавства;

щорічні профілактичні флюорографічні огляди для працівників та осіб;

навчання осіб, працівників установи навичкам особистої гігієни під час респіраторних актів та правилам застосування індивідуальних засобів захисту органів дихання.

6.5. Заходи захисту повітря закритих приміщень:

дотримання санітарно-гігієнічних/державних будівельних норм житлової площі на одну особу;

використання припливно-витяжної/змішаної/природної вентиляції в приміщеннях, де перебувають особи;

постійне використання закритих ламп УФО у приміщеннях, де перебувають особи з підозрою на туберкульоз, до уточнення діагнозу;

постійне використання закритих ламп УФО у приміщеннях, де перебувають особи без підозри на туберкульоз, якщо неможливо забезпечити адекватну вентиляцію приміщень;

розміщення ламп УФО має бути таким чином, щоб особи не мали до них доступу, при цьому необхідно забезпечити ефективність роботи ламп.

VII. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В МІСЦЯХ ПРОЖИВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

7.1. За інфекційний контроль за туберкульозом у місцях проживання хворих на туберкульоз відповідає дільничний фтизіатр та епідеміолог територіальної СЕС у межах компетенції.

7.2. Дільничний фтизіатр спільно з фахівцями територіальної СЕС здійснюють такі заходи:

складають план оздоровчих та профілактичних заходів у вогнищі туберкульозу відповідно до ступеня епідеміологічної безпеки;

організують та забезпечують проведення заключної дезінфекції;

організують обстеження членів родини та співробітників (рентгенофлюорографія та туберкулінодіагностика), проводять хіміопрфілактику туберкульозу для контактних осіб;

здійснюють контроль за диспансерним спостереженням контактних осіб;

проводять оцінку умов проживання хворого з подальшою ізоляцією пацієнта в окремій кімнаті або рекомендаціями щодо відселення хворого до окремого приміщення/надання окремої житлової площі;

навчають хворих та членів їх родини етикету кашлю та респіраторній гігієні, навичкам особистої гігієни та дезінфекції, знезараженню використаних масок та індивідуального посуду;

рекомендують членам сім'ї зменшити час контакту з хворим на заразну форму туберкульозу (у разі перебування хворого вдома при невиліковній формі туберкульозу або хворого на вперше діагностований туберкульоз із бактеріовиділенням у разі його відмови від госпіталізації);

надають рекомендації пацієнтам: перебувати на відкритому повітрі, спати з відкритими вікнами; уникати відвідування громадських закладів; користування муніципальним транспортом; використовувати природну та примусову механічну вентиляцію;

рекомендують ВІЛ-позитивним членам сім'ї носити респіратори при контакті з хворим до припинення бактеріовиділення у хворого;

членам сім'ї хворого на туберкульоз із розширеною резистентністю збудника радять носити респіратори при контакті з хворим до припинення бактеріовиділення у нього.

VIII. МОНІТОРИНГ ЗАХОДІВ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

8.1. Моніторинг ефективності заходів інфекційного контролю за туберкульозом проводить МОЗ, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при здійсненні перевірки регіонів щодо стану виконання Завдань і заходів на 2007-2011 роки з подолання епідемії туберкульозу (додаток до Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках, затвердженої Законом України від 08.02.2007 № 648-V) та за даними звітів УОЗ щодо дотримання вимог інфекційного контролю, критеріїв його якості згідно з цим Стандартом. Здійснення моніторингу та оцінки стану виконання заходів інфекційного контролю за туберкульозом у лікувально - профілактичних закладах фахівцями санітарно-епідеміологічної служби проводиться не рідше одного разу на квартал.

8.2. Критерії якості інфекційного контролю:

захворюваність на туберкульоз серед медпрацівників у лікувально-профілактичних закладах (0-1 випадок на 2-3 роки);

захворюваність на туберкульоз серед контактних осіб;

кількість лікувально-профілактичних закладів в області, які в повному обсязі та своєчасно звітують про свою діяльність згідно з наданою формою звіту щодо оцінки інфекційного контролю (не менше 90%);

частка лікувально-профілактичних закладів, де використовуються респіратори (95 % та вище), в зонах високого ризику/під час проведення процедур високого ризику;

частка відділень, де використовуються маски для пацієнтів (95 % та вище), в зонах високого ризику та під час проведення процедур високого ризику;

кількість медпрацівників, які пройшли тестування на щільність прилягання респіратора протягом року (99 %);

кількість днів, протягом яких відбувалося обстеження хворого з підозрою на туберкульоз у закладах загальної лікувальної мережі (не більше трьох днів);

кількість днів, протягом яких хворий перебував у стаціонарі після припинення бактеріовиділення;

обґрунтованість перебування у стаціонарі згідно зі Стандартом надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.10.2008 № 600 (так, ні);

забезпеченість зон високого ступеня ризику лампами УФО (не менше 90%);

забезпеченість зон високого ступеня ризику вентиляційними системами (не менше 90%);

наявність журналів технічного обслуговування вентиляційної системи та ламп УФО (так, ні).

8.3. Характеристика кінцевого очікуваного результату

відсутність випадків професійного захворювання у працівників лікувально-профілактичних закладів, місць довгострокового перебування людей;

відсутність випадків перехресного інфікування хворих у протитуберкульозних закладах;

відсутність випадків захворювання серед відвідувачів протитуберкульозних закладів та осіб, які знаходились у контакті з хворим у вогнищі туберкульозної інфекції.

Голова Комітету

С.О. Черенько