

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

## НАКАЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01.02.2019** | **м. Київ** | **N 287** |

**Зареєстровано в Міністерстві юстиції України**  
**17 квітня 2019 р. за N 408/33379**

## Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз

Із змінами і доповненнями, внесеними  
 наказами Міністерства охорони здоров'я України  
 від 3 серпня 2021 року N 1614,  
від 18 жовтня 2021 року N 2244  
*(враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 6 грудня 2021 року N 2714),  
від 21 лютого 2023 року N 354

Відповідно до пункту 3 частини першої статті 1, статті 6 Закону України "Про протидію захворюванню на туберкульоз", статті 6 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб"

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, що додається.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2010 року N 684 "Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз", зареєстрований Міністерством юстиції України 10 вересня 2010 року за N 803/18098 (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я N 950 від 23 грудня 2011 року).

3. Директорату громадського здоров'я (Скіпальському А. П.) забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра з питань європейської інтеграції Стефанишину О. А.

5. Цей наказ набирає чинності з 01 липня 2020 року.

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. Міністра** | **У. Супрун** |
| **ПОГОДЖЕНО:** |  |
| **Міністр соціальної політики України** | **А. Рева** |
| **Тимчасово виконуючий обов'язки** **Міністра оборони України** | **О. Шевчук** |
| **Керівник Секретаріату Спільного** **представницького органу сторони** **роботодавців на національному рівні** | **Р. Іллічов** |
| **Президент НАМН України** | **В. Цимбалюк** |

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
01 лютого 2019 року N 287

Зареєстровано  
в Міністерстві юстиції України  
17 квітня 2019 р. за N 408/33379

### Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз

### I. Загальні положення

1. Цей Стандарт призначено для керівників та медичного персоналу закладів охорони здоров'я, лікарів-епідеміологів, викладачів та студентів вищих навчальних медичних закладів.

2. Терміни та абревіатури, що вживаються у цьому Стандарті, означають:

адміністративний компонент інфекційного контролю - заходи управління, які направлені на зменшення ризиків контакту людей з інфекційним аерозолем;

(пункт 2 розділу I доповнено новим абзацом другим згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци другий - двадцять п'ятий  
 вважати відповідно абзацами третім - двадцять шостим)

брудна зона (зона високого ризику) - приміщення або група приміщень, у яких рівень забруднення мікроорганізмами є високим;

експерт МБТ/РІФ - молекулярно-генетичний метод дослідження, за допомогою якого одночасно можна визначити як наявність збудника туберкульозу в мокротинні, так і його чутливість до рифампіцину (не використовується для організації когортної ізоляції в протитуберкульозних закладах);

(абзац четвертий пункту 2 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

епідемічний процес - безперервний процес передання збудника від джерела інфекції до сприйнятливого організму. Епідемічний процес включає три основні ланки: джерело інфекції, механізм передання та сприйнятливий організм;

абзац шостий пункту 2 розділу I виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци сьомий - двадцять шостий  
 вважати відповідно абзацами шостим - двадцять п'ятим)

інвазивна процедура - медична процедура, пов'язана з проникненням через природні зовнішні бар'єри організму (шкіра, слизові оболонки);

інженерний компонент інфекційного контролю - використання інженерних засобів, спрямованих на запобігання розповсюдженню та зниження концентрації інфекційного аерозолю;

(абзац сьомий пункту 2 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

інфекційний аерозоль - повітряно-крапельна суміш у вигляді дрібнодисперсного аерозолю (0,5 - 5 мкм), що містить інфекційний агент, яка вивільняється з органів дихання у навколишнє середовище під час респіраторних актів (розмови, кашлю, чхання, форсованого дихання) хворої на туберкульоз легень людини, під час проведення аерозольгенеруючих процедур (бронхоскопія, інтубація трахеї, аутопсія тощо) або штучно утворений аерозоль (при роботі із зараженим біоматеріалом, під час аварійної ситуації);

(абзац восьмий пункту 2 розділу I у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

інфекційний контроль за туберкульозом (далі - ІК ТБ) - система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та зниження ймовірності передання мікобактерій туберкульозу здоровим особам, суперінфекції хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз;

контагіозність - здатність поширювати інфекцію;

кратність повітрообміну - відношення обсягу повітря, що видаляється або надходить упродовж години, до внутрішнього об'єму приміщення;

(абзац одинадцятий пункту 2 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

оцінювання ризику поширення інфекції - безперервний процес перевірки відповідності стану інфекційного контролю в закладі охорони здоров'я вимогам до безпеки пацієнтів і персоналу;

паліативна допомога - підхід, що дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, перед якими постали проблеми смертельного захворювання, шляхом запобігання стражданням і їх полегшення завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки;

респіратор - засіб індивідуального захисту, призначений для захисту дихальних шляхів користувача від вдихання повітря, яке може спричинити шкідливий вплив на здоров'я;

(абзац чотирнадцятий пункту 2 розділу I у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

скринінг - система первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб з метою виявлення випадків захворювання;

ультрафіолетове бактерицидне (далі - УФ) опромінення - електромагнітне випромінювання ультрафіолетового діапазону C, яке використовується в якості санітарно-протиепідемічного (профілактичного) заходу, що спрямоване на зниження кількості мікроорганізмів та профілактику інфекційних хвороб, який здійснюється за допомогою опромінення повітряного середовища та поверхонь приміщень;

(абзац шістнадцятий пункту 2 розділу I у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

хепа-фільтр - спеціальний фільтр, який має здатність затримувати часточки розмірами 0,3 - 1,0 мкм;

чиста зона - приміщення або група приміщень, у яких рівень забруднення мікроорганізмами є мінімальним;

ВІЛ - вірус імунодефіциту людини;

ДОТ - контрольоване лікування під безпосереднім наглядом;

МБТ - мікобактерії туберкульозу;

МРТБ - мультирезистентний туберкульоз;

РРТБ -туберкульоз із розширеною медикаментозною стійкістю;

СНІД - синдром набутого імунодефіциту;

ХРТБ - хіміорезистентний туберкульоз.

3. Джерелом туберкульозної інфекції переважно є хвора на туберкульоз легень людина. З огляду на антропозоонозний характер інфекції, джерелом інфекції можуть бути також тварини, зокрема свійська худоба.

4. Основним шляхом передання туберкульозу є повітряний (аерогенний, аерозольний). Передання туберкульозу відбувається через інфекційний аерозоль, який утворюється під час кашлю, гучної розмови, сміху та плачу.

(пункт 4 розділу I із змінами, внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

5. Аліментарний шлях зараження реалізується під час вживання в їжу (частіше постійному) термічно не оброблених молочних продуктів від хворих тварин. Під час вживання продуктів, виготовлених або реалізованих хворими на туберкульоз або під час користування спільним посудом із контагіозним хворим на туберкульоз, зараження неможливе. Адже в такому разі рівень концентрації мікобактерій недостатній. Отож дезінфекція посуду не знижує ризику зараження туберкульозом.

6. Контактне зараження може відбуватися шляхом потрапляння інфікованого мокротиння на ушкоджену шкіру або слизові оболонки. Наслідком чого є виникнення туберкульозного ураження шкіри або слизової оболонки ока. Запобігання випадкам контактного передання туберкульозної інфекції здійснюється відповідно до Порядку проведення екстреної постконтактної профілактики у працівників при виконанні професійних обов'язків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2013 року N 955, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 листопада 2013 року за N 1980/24512.

7. Сприйнятливість до туберкульозної інфекції залежить від віку (є вищою у дітей молодшого віку та осіб, старших 65 років) та стану неспецифічної резистентності й імунологічної реактивності людини. Відповідно, вона підвищується за наявності станів та захворювань, що призводять до імуносупресії (ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, імуносупресивна терапія, вагітність тощо).

8. В мікрокраплях (часточках) інфекційного аерозолю (крапельних ядрах) добре і тривало зберігають життєздатність клітини збудника туберкульозу, навіть після їх висихання. Час, коли аерозоль є епідемічно небезпечним, залежить від розміру часточок, температури і вологості повітря та фізико-хімічних властивостей аерозолю. Великі часточки (10 - 30 мкм та більше), що несуть велику кількість інфекційного агента, мають малий час життя - до декількох хвилин. Найбільш інфектогенною є респірабельна фракція аерозолю, діаметр часточок якої становить від 1 до 5 мкм. Часточки такого розміру, маючи швидкість осідання менше ніж 1 см/хв, створюють стабільний аерозоль, час життя якого становить кілька годин, та проходять через термінальні відділи бронхів і осідають на стінках альвеол. З потоками повітря такі фракції аерозолю здатні мігрувати на великі відстані та проникати в різні приміщення. Інфекційний аерозоль може утворюватися також під час інвазивних діагностичних і лікувальних процедур (наприклад, бронхоскопічне дослідження, хірургічне втручання на легенях) та розтину трупів померлих від туберкульозу. Після осідання крапельних ядер на тверді поверхні відтворення інфекційного аерозолю не відбувається, тому дезінфекція поверхонь не є необхідним заходом ІК ТБ. Очищення і дезінфекція поверхонь в зонах догляду за пацієнтами є частиною стандартних заходів захисту.

(пункт 8 розділу I у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

9. Контагіозною є хвора на туберкульоз легень людина, у якої дослідження мазка мокротиння виявило позитивний результат до початку лікування, призначеного з урахуванням повного профілю чутливості збудника, та у перші тижні лікування. Хворі з діагностованим туберкульозом, яким призначено лікування без урахування профілю чутливості, за наявності ХРТБ можуть залишатися контагіозними. Тому такі хворі становлять небезпеку як для здорових людей у своєму оточенні, так і для хворих із чутливими формами туберкульозу. Хворі з туберкульозом легень без бактеріовиділення, а також позалегеневим туберкульозом не є контагіозними, незважаючи на результати культуральних або молекулярно-генетичних досліджень мокротиння та іншого біологічного матеріалу. Контагіозність хворого в перші 2 - 3 тижні після початку лікування значно знижується, навіть якщо хворий продовжує виділяти велику кількість мікобактерій туберкульозу. Це пояснюється високою концентрацією протитуберкульозних препаратів всередині крапельних ядер, яка після висихання в багато разів перевищує концентрацію в крові і таким чином інактивує мікобактерії. Контагіозність хворого оцінюється за критеріями контагіозності пацієнта з туберкульозом, наведеними у додатку 1 до цього Стандарту.

10. Елементами оцінювання ризику поширення інфекції є визначення:

ланок діагностичного і лікувального процесів, пов'язаних із високим ризиком поширення інфекції;

осіб (персоналу і пацієнтів), які наражаються на найбільший ризик;

зон високого ризику.

11. ІК ТБ відрізняється від заходів з інфекційного контролю інших інфекційних захворювань необхідністю враховувати надлегкий (аерогенний) шлях передання і тривалий термін лікування. Однією з несприятливих ознак епідемічного стану є загроза професійного захворювання на туберкульоз, на яку наражаються працівники спеціалізованих закладів, де проходять лікування хворі на туберкульоз, а також внутрішньолікарняного передання різних штамів туберкульозу, в тому числі хіміорезистентних, від хворого до хворого. Крім того, на значний ризик наражаються хворі та медперсонал закладів охорони здоров'я, не спеціалізованих на лікуванні туберкульозу, у зв'язку із контактами з пацієнтами із недіагностованим туберкульозом.

12. Пункт 12 розділу I виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим пункти 13 - 14  
 вважати відповідно пунктами 12 - 13)

12. Розуміння ІК ТБ тісно пов'язане із загальною концепцією інфекційного контролю як основи запобігання поширенню інфекцій під час надання медичної допомоги, і тому поділяється на:

загальні заходи інфекційного контролю - стандартні практики для закладів охорони здоров'я (гігієна рук, етикет кашлю, респіраторна гігієна, заходи захисту органів дихання);

контроль за аерогенним переданням інфекції, важливість якого зумовлена переважанням аерогенного поширення збудника туберкульозу.

(абзац третій пункту 12 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

13. В ІК ТБ виділяють такі компоненти:

управлінський - заходи, що виконуються на національному, регіональному, місцевому рівнях людьми, які приймають управлінські рішення з метою зниження ризику передання туберкульозної інфекції;

адміністративний - комплекс адміністративних заходів, спрямованих на запобігання утворенню інфекційних аерозолів і поширенню інфекції, що охоплює планування приміщень, правильну організацію роботи стаціонару чи закладу охорони здоров'я, навчання персоналу і хворих методам та прийомам, що забезпечують зниження ризику поширення інфекції, тощо;

інженерний - комплекс інженерних (проектних і технічних) заходів, спрямованих на зниження концентрації інфекційних аерозолів у повітрі шляхом використання технічних засобів (вентиляції, екранованих УФ-опромінювачів);

(абзац четвертий пункту 13 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

індивідуальний захист - спрямовані на сприйнятливі контингенти (пацієнтів і медичних працівників) заходи з використання засобів індивідуального захисту, що полягають насамперед у захисті органів дихання.

(абзац п'ятий пункту 13 розділу I із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

### II. Компоненти інфекційного контролю

1. Головними напрямами управлінського компоненту ІК ТБ є:

визначення установи, що забезпечує координування заходів ІК ТБ, та посилення її потенціалу;

розробка національної політики з ІК ТБ, стандартів, технічних керівництв;

проведення комплексного планування та фінансування заходів ІК ТБ;

організація підготовки медичних працівників із засад ІК ТБ;

забезпечення проектування, будівництва, ремонту та використання медичних закладів із урахуванням вимог ІК ТБ;

нагляд за захворюваністю на туберкульоз серед персоналу;

залучення громадянського суспільства, інформування населення щодо заходів безпеки в закладах охорони здоров'я (соціальна реклама);

моніторинг і оцінювання ефективності заходів ІК ТБ на всіх рівнях системи медичної допомоги;

проведення операційних досліджень, спрямованих на прийняття управлінських рішень у сфері ІК ТБ.

2. Адміністративний компонент ІК ТБ охоплює:

створення відділу з інфекційного контролю (далі - ВІК);

(абзац другий пункту 2 розділу ІІ у редакції наказу  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

складання плану ІК ТБ;

своєчасну діагностику туберкульозу і ХРТБ та якнайшвидше призначення необхідного лікування;

ізоляцію хворих, які становлять епідемічну небезпеку;

обмеження показань для госпіталізації і терміну перебування у стаціонарі;

навчання хворих етикету кашлю і заходам респіраторної гігієни;

профілактику туберкульозу серед медичних працівників.

Організація ІК ТБ у закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, покладається на керівника ВІК. ВІК створюється відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року N 1614. Посадові інструкції працівників затверджуються керівником закладу.

(абзац дев'ятий пункту 2 розділу ІІ у редакції наказу  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Абзац десятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац одинадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац дванадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац тринадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац чотирнадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац п'ятнадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац шістнадцятий пункту 2 розділу ІІ виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614,  
у зв'язку з цим абзаци сімнадцятий - дев'яностий  
 вважати відповідно абзацами десятим - вісімдесят третім)

Найбільш ефективними заходами адміністративного компоненту ІК ТБ є:

регулярне оцінювання ризиків поширення інфекції в підрозділах закладів охорони здоров'я під час різноманітних процедур і маніпуляцій та для різних категорій працівників і відвідувачів;

розробка, затвердження, виконання і регулярний перегляд плану ІК ТБ для закладу в цілому та окремих його підрозділів;

своєчасне виявлення, ізоляція, обстеження та ефективне лікування хворих на туберкульоз;

розподіл потоків хворих під час звернення за медичною допомогою, роздільне розміщення та перебування пацієнтів у закладі охорони здоров'я з урахуванням контагіозності;

розробка алгоритмів безпечного робочого процесу, впровадження та контроль їх виконання персоналом, пацієнтами та відвідувачами закладу (наприклад, обмеження режиму для контагіозних пацієнтів, дотримання вимог безпеки в лабораторіях під час роботи з матеріалом, що становить інфекційну небезпеку);

проведення регулярного навчання всіх працівників закладу охорони здоров'я, санітарно-просвітницька робота з пацієнтами та населенням;

радикальний перегляд політики госпіталізації з наданням пріоритету амбулаторному лікуванню туберкульозу;

впровадження швидких методів ідентифікації збудника туберкульозу і медикаментозної чутливості з метою скорочення термінів до призначення лікування;

обстеження працівників для виявлення інфікування туберкульозною інфекцією і захворювання на активний туберкульоз.

Задля скорочення термінів діагностики туберкульозу і ХРТБ та розподілу потоків пацієнтів важливо дотримуватися правила "трьох днів" - від моменту звернення хворого до початку лікування туберкульозу має пройти не більше трьох днів. Оптимізація діагностичного процесу має включати скорочення термінів:

від моменту виникнення симптомів до звернення за медичною допомогою;

від звернення за медичною допомогою до призначення обстеження (насамперед мікроскопічного дослідження мокротиння і дослідження за методом "експерт МБТ/РІФ" та (за негативних результатів) радіологічного дослідження);

від моменту отримання результатів з лабораторії до направлення до спеціалізованого закладу;

від звернення до спеціалізованого закладу до початку лікування (з урахуванням чутливості).

Затримки на кожному із цих етапів можуть призвести до збільшення ризику поширення туберкульозу.

Велике значення для зниження ризику інфікування працівників, пацієнтів і відвідувачів закладів охорони здоров'я має обґрунтоване формування потоків хворих та їх обстеження і розміщення. Необхідне суворе дотримання етапності перебування хворого в закладі, засноване на його епідемічній безпеці і клінічних показаннях.

(абзац двадцять шостий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Розміщення клінічних, діагностичних, технічних, адміністративних приміщень у будівлях закладів, у яких надається медична допомога, має забезпечувати максимальне відокремлення потоків пацієнтів і створення чистих зон для персоналу. Сестринські, ординаторські, кімнати відпочинку, діагностичні, адміністративні приміщення мають розміщуватися поза палатними блоками.

Для персоналу і хворих необхідно виділити та позначити окремі входи, переходи, сходи. На кордонах чистих зон і зон високого ризику мають встановлюватися перегородки з дверима або повітряні шлюзи. На всіх входах до відділення для хворих з бактеріовиділенням, як і до інших приміщень високого ризику, має розміщуватись спеціальний попереджувальний напис "Зона високого ризику інфікування! Використовуйте респіратор!". На входах до адміністративних, технічних приміщень, зон відпочинку персоналу необхідно розмістити напис "Тільки для персоналу! Пацієнтам вхід заборонено!".

У стаціонарі слід суворо дотримуватися правил роздільного, ізольованого розміщення та перебування пацієнтів - пацієнти з бактеріовиділенням мають бути ізольовані в одномісних палатах. Дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу.

(абзац двадцять дев'ятий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Необхідно максимально обмежити контакти хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням з іншими пацієнтами під час виконання лікувальних процедур і повсякденної діяльності (харчування, гігієнічні процедури та всі маніпуляції проводити в палаті, обмежити відвідування родичами). Хворі мають залишати свою палату тільки для виконання необхідних процедур у спеціалізованих відділеннях або кабінетах (наприклад, радіологічне, бронхоскопічне дослідження) з обов'язковим надяганням хірургічної маски.

Пересування всіх госпіталізованих хворих на туберкульоз всередині будівель протитуберкульозних закладів обмежується тільки відповідним відділенням. Хворим не дозволяється відвідування інших відділень, адміністративних, службових і технічних приміщень. Режим роботи діагностичних кабінетів має передбачати розмежування потоків хворих з бактеріовиділенням та без нього за часом. Надворі розмежування хворих є не обов'язковим.

Важливим компонентом ІК ТБ є адміністративна регламентація виконання процедур, у процесі яких утворюється інфекційний аерозоль.

Найбільший ризик утворення інфекційного аерозолю виникає під час проведення аерозольгенеруючих процедур, таких як:

(абзац тридцять третій пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

збір мокротиння (заходи інфекційного контролю під час збору мокротиння наведено у додатку 4 до цього Стандарту);

підготовка зразків матеріалів для лабораторного дослідження;

бронхоскопічне дослідження;

дослідження ротової порожнини та верхніх дихальних шляхів;

хірургічне втручання на легенях;

розтин померлих.

У приміщеннях закладів охорони здоров'я з високим ризиком інфікування (зони очікування, відділення хірургії, бронхоскопії, інтенсивної терапії, радіологічний і стоматологічний кабінети, кабінети інгаляційного лікування, збору та індукування мокротиння, секційні зали, лабораторії) вводяться додаткові заходи безпеки.

(абзац сороковий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

У зонах очікування (приймальне відділення, вестибюлі, коридори біля дверей кабінетів тощо) слід організувати прийом відвідувачів так: вести прийом суворо за часом; прийом хворих, у яких є ймовірність виявлення туберкульозу із бактеріовиділенням, за можливості призначати на кінець дня або обслуговувати у прискореному режимі, або організувати очікування прийому пацієнтами у спеціально відведеному окремому приміщенні (рекомендовано в приміщенні з негативним тиском). Необхідно синхронізувати розклад роботи всіх підрозділів закладу для обстеження окремих категорій пацієнтів, зокрема кабінету радіологічної діагностики та пункту збору мокротиння. Після прийому пацієнта з бактеріовиділенням треба зробити перерву для провітрювання. Приміщення для амбулаторного прийому мають бути обладнані екранованими УФ-опромінювачами.

(абзац сорок перший пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

У кабінетах радіологічної діагностики хворим із доведеним або підозрюваним діагнозом туберкульозу призначають окремі дні або години прийому в кінці робочого дня. Під час обстеження такі пацієнти повинні надягати хірургічну маску. Відділення променевої діагностики слід обладнати механічною системою вентиляції та екранованими УФ-опромінювачами. Медичні працівники повинні використовувати респіратори.

(абзац сорок другий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Обслуговування хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням у кабінетах хірургії, стоматології, бронхоскопії, інтенсивної терапії необхідно проводити з дотриманням усього комплексу заходів ІК ТБ. Таких пацієнтів приймають за спеціальним графіком. Медичний персонал повинен використовувати індивідуальні засоби захисту органів дихання. Кількість медичних працівників, що контактують з хворим, має обмежуватись до мінімуму. Після завершення процедур хворі надягають хірургічну маску. У разі виникнення приступу кашлю пацієнт залишається у приміщенні до його припинення.

У секційних залах під час розтину трупів хворих з підозрою на туберкульоз або з підтвердженим діагнозом захворювання на туберкульоз запобіжні заходи аналогічні (відповідна система вентиляції, застосування екранованих УФ-опромінювачів; дотримання правил безпеки під час забору зразків; застосування медичним персоналом респіраторів класу захисту FFP2/FFP3 або масок з хепа-фільтрами).

(абзац сорок четвертий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Під час проведення процедур, пов'язаних із великим викидом інфекційного аерозолю в навколишнє середовище, та проведення операцій пацієнтам із підтвердженим діагнозом туберкульозу відбувається контамінація збудником туберкульозу дихального обладнання (анестезіологічне обладнання або обладнання для визначення функції зовнішнього дихання). Тому необхідно вживати заходів для зниження ризику контамінації, що досягається використанням фільтрів, спеціальних режимів дезінфекції після проведення процедур.

(абзац сорок п'ятий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Важливим адміністративним компонентом ІК ТБ, спрямованим на зниження трансмісії туберкульозу, є чітке дотримання критеріїв госпіталізації. Необхідно повністю виключити госпіталізацію в протитуберкульозні стаціонари пацієнтів, які не мають результатів дослідження за методом "експерт МБТ/РІФ", адже цей метод є методом скринінгу на МРТБ, визначає доцільну схему лікування і є передумовою зменшення контагіозності.

За недоведеного діагнозу туберкульозу і негативних результатів лабораторного дослідження не припускається госпіталізація до протитуберкульозного закладу з метою діагностики. Необхідні діагностичні процедури, дослідження та консультації проводяться амбулаторно у найкоротші терміни. У тих випадках, коли підтвердження діагнозу туберкульозу потребує проведення інвазивних процедур у стаціонарі (здебільшого це стосується встановлення діагнозу позалегеневого туберкульозу, а також випадків забору діагностичного матеріалу у дітей), потрібно організувати таке обстеження у спеціалізованих відділеннях багатопрофільних стаціонарів.

Перебування пацієнтів із захворюванням на туберкульоз у стаціонарі має бути обґрунтованим (наприклад, якщо хворого госпіталізують у зв'язку із невідкладним станом, одразу після стабілізації його треба виписати для продовження лікування). З цією метою на рівні регіону розробляється та затверджується маршрут пацієнта із захворюванням на туберкульоз.

(абзац сорок восьмий пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Під час вирішення питання про необхідність госпіталізації пацієнтів із туберкульозом слід враховувати, що на найбільший ризик виникнення внутрішньолікарняного зараження туберкульозом наражаються пацієнти, госпіталізовані до закладу, в якому не впроваджено ІК ТБ. Особливо ретельно слід зважувати ризик і необхідність госпіталізації для хворих на ТБ/ВІЛ та з імуносупресивними станами іншої етіології як найбільш уразливих для суперінфекції.

Під час госпіталізації необхідно у доступній формі поінформувати як про права пацієнта, так і про вимоги режиму обстеження й лікування, зокрема про тимчасові заходи ізоляції контагіозних пацієнтів. Пацієнт повинен дати письмове зобов'язання (згоду) на виконання режиму.

Навчання пацієнтів етикету кашлю і респіраторній гігієні передбачає відпрацювання таких навичок:

закриття носа і рота хустинкою, згином ліктя або долонею під час кашлю;

носіння хірургічної маски контагіозними хворими під час перебування у приміщенні поза межами палати.

(абзац п'ятдесят третій пункту 2 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Навчання персоналу з ІК ТБ має проводитися щороку. Перед проведенням навчальних заходів у закладі необхідно провести оцінювання якості впровадження ІК ТБ на робочому місці (внутрішній аудит).

План з ІК ТБ має детально регламентувати весь комплекс заходів, спрямованих на зниження ризику інфікування збудником туберкульозу медичного й іншого персоналу та осіб, які отримують медичну допомогу в закладі охорони здоров'я. У плані треба передбачати заходи впливу на всі ланки епідемічного процесу, а також індикатори ефективності виконання плану заходів для його подальшого аналізу і коригування.

Обов'язкові елементи плану ІК ТБ:

розподіл обов'язків і повноважень - призначення осіб, відповідальних за виконання плану ІК ТБ в цілому і за потреби - окремих його компонентів;

оцінювання ризику зараження туберкульозом у різних зонах закладу охорони здоров'я;

перелік зон високого ризику поширення туберкульозної інфекції;

правила і стандарти операційних процедур;

розклад навчання персоналу і проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів;

розклад щорічного оцінювання ефективності заходів ІК ТБ, перегляду плану та його корегування за потреби.

Не рідше одного разу на рік план слід переглядати з урахуванням результатів аналізу ризику й ефективності проведених заходів та вносити зміни на основі аналізу ходу його виконання.

План ІК ТБ для закладу охорони здоров'я включає такі дії, але не обмежується ними:

визначення і опис пріоритетних ризиків та зон ризику;

рекомендації щодо зменшення або усунення визначених пріоритетних ризиків;

оцінювання захворюваності на туберкульоз серед медичного персоналу;

оцінювання потреб медичного персоналу в навчанні;

навчання персоналу з питань ІК ТБ;

періодичне нагадування персоналу про симптоми туберкульозу, особливий ризик інфікування туберкульозом та про потребу скринінгу щодо симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз;

облік осіб із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз, або тих, хто проходить обстеження чи лікування туберкульозу;

моніторинг ефективності лікування як головного критерію контагіозності хворого;

забезпечення масками або паперовими хустинками осіб із кашлем або тих, хто проходить обстеження чи лікування туберкульозу, а також встановлення контейнерів для використаних хустинок і масок;

розподіл потоків пацієнтів і розміщення хворих на туберкульоз та осіб із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз, в окремих приміщеннях для очікування або забезпечення їх позачергового прийому;

негайне направлення осіб із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз, на лабораторну діагностику туберкульозу та ХРТБ;

забезпечення прихильності до лікування хворих на туберкульоз;

дотримання заходів інженерного компоненту та компоненту індивідуального захисту (наприклад, забезпечення вентиляції та надання респіраторів за потреби);

необхідне фінансування (наприклад, витрати на матеріали, закупівлю обладнання, преміювання персоналу);

моніторинг і аудит виконання плану (проведення самооцінювання).

Пріоритетний перелік заходів плану ґрунтується на результатах проведеного оцінювання ступеня ризику поширення інфекційного аерозолю для різних підрозділів (приміщень, процедур, працівників). Насамперед мають виконуватися найбільш ефективні заходи в місцях найвищого ризику виникнення та розповсюдження аерозолю. Складання і перегляд плану здійснюється з урахуванням наявних і запланованих ресурсів.

План розробляється КІК та затверджується наказом керівника установи. Конкретні заходи, включені до плану, мають бути виконані впродовж терміну дії плану (як правило, одного року). План ІК ТБ має визначати також терміни виконання його ключових компонентів. Медичний і технічний персонал закладу повинен бути ознайомленим з планом ІК ТБ, брати участь у його обговоренні, доопрацюванні та виконанні.

КІК регулярно проводить аналіз ходу виконання плану, результатів перевірок, динаміки індикаторів ефективності реалізації плану, розглядає пропозиції щодо його зміни.

Приклади реалізації адміністративних заходів інфекційного контролю за туберкульозом наведено у додатку 5 до цього Стандарту.

3. Інженерний компонент доповнює адміністративний. Його пріоритетним напрямом є видалення інфекційного аерозолю, знезараження повітря в зонах високого ризику та недопущення розповсюдження інфекційного аерозолю.

(абзац перший пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

У результаті поділу приміщень за ступенем ризику передання туберкульозу визначають зони високого ризику, що потребують застосування інженерних засобів. З огляду на епідеміологічний пріоритет аерогенного шляху передання інфекції, основними заходами інженерного контролю є забезпечення достатнього повітрообміну (10 - 12-кратний повітрообмін на годину (по витяжці) для нових або реконструйованих приміщень, або і 6-кратний повітрообмін для існуючих приміщень) за допомогою вентиляційних систем та знезараження повітря із застосуванням екранованих УФ-опромінювачів.

(абзац другий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Знезараження повітря може здійснюватися:

фільтрацією (затримання мікроорганізмів фільтрами);

інактивацією (знищенням) мікроорганізмів;

інактивацією з подальшою фільтрацією.

Для забезпечення і підтримання необхідної бактеріальної чистоти повітря в приміщеннях закладів охорони здоров'я у системах вентиляції можуть застосовуватися фільтри, що забезпечують ефективність не менше ніж 99,95 %, з метою забезпечення рециркуляції повітря за допомогою механічної вентиляції. Для фільтрації повітря, що видаляється за допомогою витяжної механічної вентиляції, за умов наявності ризику забруднення інших приміщень, застосовуються фільтри, що забезпечують ефективність фільтрації не менше ніж 95 %.

(абзац сьомий пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Першочергову увагу в організації контролю за станом навколишнього середовища приділяють таким приміщенням і зонам з високим ризиком поширення мікобактерій туберкульозу, а також місцям перебування високосприйнятливого до туберкульозу контингенту хворих, зокрема хворих з ВІЛ-інфекцією та іншими імуносупресивними станами:

палати для пацієнтів з туберкульозом із бактеріовиділенням;

приймальне відділення, місця очікування;

відділення інтенсивної терапії;

пункти збору мокротиння;

бронхоскопічні, стоматологічні кабінети;

відділення променевої діагностики;

операційні, процедурні приміщення;

секційні зали;

бактеріологічна лабораторія.

Зазначені зони вважаються зонами високого ризику поширення туберкульозної інфекції. Повний перелік зон високого ризику в закладах охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затверджується керівником закладу.

(абзац вісімнадцятий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Мінімальні умови безпечної роботи в таких зонах включають:

забезпечення 10 - 12-кратного повітрообміну на годину (по витяжці) для нових або реконструйованих приміщень, або ≥ 6-кратний повітрообмін для існуючих приміщень;

(абзац двадцятий пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

обладнання приміщень екранованими УФ-опромінювачами.

Конкретний вибір заходів із забезпечення біологічної безпеки навколишнього середовища в кожному закладі залежить від планування будівлі, категорій хворих, які обслуговуються, кількості хворих на туберкульоз, які отримують лікування в закладі, функціонального призначення приміщень, наявності ресурсів. У зв'язку з цим проектування систем вентиляції та застосування екранованих УФ-опромінювачів необхідно здійснювати лише відповідно до медико-технічного завдання, відповідних вимог адміністративного контролю і вимог нормативних документів.

(абзац двадцять другий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Контагіозного пацієнта з туберкульозом госпіталізують до палати для ізоляції хворого, який є джерелом аерогенної інфекції. Мінімальні вимоги до такої палати:

кожна палата розрахована на одне ліжко (дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу);

(абзац двадцять четвертий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

двері до палати оснащуються ущільненим порогом, ущільнювачами по краях та автозакривачем (слід надавати перевагу розсувним дверям перед орними);

абзац двадцять шостий пункту 3 розділу II виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци двадцять сьомий - п'ятдесят перший  
 вважати відповідно абзацами двадцять шостим - п'ятдесятим)

палата обладнується окремим туалетом і душовою кабіною так, щоб пацієнт міг користуватися ними, не виходячи до коридору;

із палати має бути вихід безпосередньо до коридору;

окреме приміщення перед входом (шлюз) не є обов'язковим, проте за наявності має забезпечувати простір, де відвідувачі палати могли б надягти засоби індивідуального захисту, а також має обладнуватися автозакривачем дверей.

Мінімальне обладнання шлюзу таке:

диспенсер із спиртовмісним антисептиком для рук або рукомийник;

(абзац тридцятий пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

місце зберігання нових засобів індивідуального захисту;

контейнер для збору використаних засобів індивідуального захисту.

Пацієнтів із туберкульозом без бактеріовиділення у разі наявності клінічних показань до госпіталізації госпіталізують до протитуберкульозних стаціонарів на загальних підставах.

Пацієнтів із позалегеневим туберкульозом за потреби надання спеціалізованої допомоги, зокрема хірургічного лікування, госпіталізують до спеціалізованих стаціонарів загального профілю на загальних підставах або протитуберкульозних стаціонарів.

(абзац тридцять четвертий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Контагіозних пацієнтів з туберкульозом за потреби надання екстреної та невідкладної допомоги у спеціалізованих стаціонарах нетуберкульозного профілю госпіталізують до палати для ізоляції пацієнтів із аерогенною інфекцією.

(абзац тридцять п'ятий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Зменшення ризику поширення інфекцій, зокрема туберкульозу, через повітряне середовище досягається шляхом застосування методів зниження концентрації та знезараження інфекційних аерозолів у повітрі приміщень. Система вентиляції у протитуберкульозних закладах забезпечує створення оптимальних параметрів повітряного середовища і захист персоналу та пацієнтів закладів охорони здоров'я від внутрішньолікарняних інфекцій. Для зниження контамінації повітря інфекційними аерозолями в протитуберкульозних закладах використовують природну та припливно-витяжну механічну вентиляцію (загальну і локальну).

(абзац тридцять шостий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Природна вентиляція поділяється на такі типи:

створювана вітром (горизонтальна);

створювана температурою (вертикальна).

Природна вентиляція здійснюється через відкриті вікна. У теплу пору року в палатах, прийомних відділеннях, кабінетах для прийому пацієнтів та інших приміщеннях високого ризику вікна варто тримати відчиненими, якщо немає протягів із брудної зони до чистої.

(абзац сороковий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

У разі використання припливно-витяжної вентиляції забезпечується приплив чистого повітря всередину приміщень і видалення назовні інфікованого повітря. Такий вид вентиляції для зон високого ризику має забезпечити об'єм витяжного повітря більше ніж об'єм припливного на 15 - 20 %. З метою підвищення енергоефективності припливно-витяжна вентиляція може проектуватися з рекуперацією тепла на основі проміжного теплоносія. Рекуператори не мають допускати перетікання інфікованого повітря до припливної мережі.

(абзац сорок перший пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Під час функціонування вентиляційних систем має виключатися перетікання повітряних мас із брудних до чистих зон. Потік повітря має бути направлений з більш чистого до менш чистого приміщення, що забезпечується за рахунок різниці тиску (не менше 2,5 Па, рекомендований параметр - 7,5 - 30 Па, через ризики коливань тиску в приміщеннях з різних причин).

(абзац сорок другий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.

(абзац сорок третій пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

абзац сорок четвертий пункту 3 розділу II виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

абзац сорок п'ятий пункту 3 розділу II виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

абзац сорок шостий пункту 3 розділу II виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

абзац сорок сьомий пункту 3 розділу II виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци сорок восьмий - п'ятдесятий  
 вважати відповідно абзацами сорок четвертим - сорок шостим)

Викид повітря, що видаляється з приміщень при роботі механічної вентиляції, організовується таким чином, щоб уникнути ризиків потрапляння брудного повітря назад в приміщення.

(абзац сорок четвертий пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

При роботі систем механічної вентиляції слід нівелювати вплив природньої вентиляції - закривати вікна та двері. Для забезпечення якісної роботи механічної вентиляції проводиться постійний моніторинг її робочих параметрів, а саме оцінка напрямку руху повітря проводиться не рідше одного разу на два тижні, оцінка кратності повітрообміну - не рідше одного разу на 3 - 6 місяців.

(абзац сорок п'ятий пункту 3 розділу II у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

УФ-опромінення діапазону C застосовується в закладах охорони здоров'я в усіх зонах високого ризику. Якщо утворення інфекційного аерозолю є тривалим, що зумовлено лікувально-діагностичним процесом або постійним перебуванням хворого, для безперервної дезінфекції повітря у таких зонах необхідно використовувати екрановані УФ-опромінювачі, які забезпечують безперервне опромінення верхнього повітряного простору в присутності людей і (за правильної експлуатації) виключають можливість шкідливого впливу на людину надлишкового опромінення, надмірної концентрації озону і парів ртуті.

(абзац сорок шостий пункту 3 розділу II із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Обов'язковою умовою використання екранованих УФ-опромінювачів є перевірка безпечних рівнів УФ випромінення в нижній частині приміщення. Ефективність роботи екранованих УФ опромінювачів залежить від перемішування повітря в приміщенні між верхньою та нижньою зонами, що може забезпечуватися роботою вентиляції, будь-яких типів вентиляторів тощо.

(пункт 3 розділу II доповнено абзацом сорок сьомим згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

Використання рециркуляторів (закритих УФ-опромінювачів) для дезінфекції повітря в закладах охорони здоров'я заборонено.

(пункт 3 розділу II доповнено абзацом сорок восьмим згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

4. З огляду на поширення туберкульозної інфекції через інфекційний аерозоль, індивідуальний захист органів дихання має мінімізувати проникнення до дихальних шляхів часточок, що можуть містити інфекційний агент. Це забезпечується використанням респіраторів класу захисту FFP2 і FFP3.

(абзац перший пункту 4 розділу ІІ у редакції наказу  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Носіння респіратора є обов'язковим під час:

проведення процедур, що призводять до утворення аерозолів, потенційно небезпечних з точки зору поширення туберкульозу (бронхоскопічне дослідження, інтубація, індукція і збір мокротиння, аспірація шлункового вмісту, розтин померлого, хірургічне втручання);

надання допомоги контагіозним хворим або хворим з підозрою на туберкульоз.

(абзац четвертий пункту 4 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

У решті випадків доцільність носіння респіратора оцінює ВІК з урахуванням ефективності базисних заходів ІК ТБ - адміністративного й інженерного компонентів.

(абзац п'ятий пункту 4 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Респіратори слід зберігати в чистому і сухому місці, у паперовій або полотняній кишеньці. У разі зволоження або забруднення респіратор необхідно негайно утилізувати. Висушування, очищення і дезінфекція не допускаються. Утилізують респіратори так само, як і решту медичних відходів.

Для правильного вибору розміру індивідуального респіратора і правильного його надягання перед першим застосуванням необхідно провести якісний або кількісний тест на щільність прилягання респіратора до обличчя ("фіт-тест"). Надалі "фіт-тести" проводяться не рідше одного разу на рік, а також у разі переходу на інший вид респіратора та зміни анатомії обличчя (шрами, косметична хірургія, зміна маси тіла тощо). Під час підбору і користування респіратором не допускається носіння працівником бороди. Методику проведення якісного "фіт-тесту" наведено в додатку 4 до цього Стандарту.

(абзац сьомий пункту 4 розділу ІІ у редакції наказу  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Для проведення "фіт-тесту" наказом керівника закладу призначається підготовлений медичний працівник (наприклад, сестра медична стаціонару).

(абзац восьмий пункту 4 розділу ІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

### III. Заходи інфекційного контролю під час амбулаторного лікування пацієнта із бактеріовиділенням МБТ

1. Заходи ІК ТБ під час амбулаторного лікування пацієнта з туберкульозом легень із бактеріовиділенням:

забезпечення за можливості пацієнта окремою кімнатою;

абзац третій пункту 1 розділу III виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци четвертий - дев'ятий  
 вважати відповідно абзацами третім - восьмим)

обмеження відвідування приміщення сторонніми особами, принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника;

особам, які постійно не проживають разом із пацієнтом, краще спілкуватися з ним на відкритому повітрі (за можливості та враховуючи фізичний стан пацієнта), принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника;

забезпечення використання природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрювати, влітку бажано тримати вікна відчиненими постійно;

(абзац п'ятий пункту 1 розділу IІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац шостий пункту 1 розділу III виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци сьомий - восьмий  
 вважати відповідно абзацами шостим - сьомим)

проведення щоденного вологого прибирання з метою зменшення запиленості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолю у зваженому стані (за потреби використовують зволожувачі повітря).

(абзац шостий пункту 1 розділу IІІ із змінами, внесеними згідно з  
 наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

абзац сьомий пункту 1 розділу III виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

2. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, особливо у випадку, коли лікування туберкульозу згідно з результатами дослідження чутливості збудника триває менше ніж три тижні, рекомендується:

проводити перед відвідуванням ретельне провітрювання приміщення;

абзац третій пункту 2 розділу III виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци четвертий - сьомий  
 вважати відповідно абзацами третім - шостим)

пацієнту використовувати хірургічну маску;

відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2;

медичному та немедичному персоналу під час відвідування осередку надівати респіратори класу захисту не нижче ніж FFP2;

пацієнту дотримуватися правил респіраторної гігієни, зокрема під час кашлю закривати рот і ніс хустинкою.

3. Під час ДОТ постійно перевіряється виконання зазначених у пункті 2 цього розділу рекомендацій. Куратор ДОТ проводить консультування з цього приводу пацієнта і осіб, які проживають разом із ним, а також регулярне опитування контактних осіб щодо симптомів, які можуть свідчити про туберкульоз, та організує скринінгове обстеження.

### IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз

1. З огляду на значну і постійну контагіозність пацієнтів на паліативному лікуванні, переважання серед них найбільш несприятливих форм ХРТБ і РРТБ, принаймні у період загострення та у термінальну стадію захворювання, паліативну допомогу бажано організовувати у спеціалізованому стаціонарі.

2. За відмови пацієнта, а також у період ремісії пацієнт може перебувати вдома, за умови відсутності серед його найближчого оточення дітей, ВІЛ-позитивних осіб, осіб з імуносупресією іншої етіології, вагітних жінок та у разі виділення окремої кімнати.

3. Особи, які мешкають разом із пацієнтом, інформуються про ризик зараження туберкульозною інфекцією.

4. Пацієнту з туберкульозом виділяється окрема кімната.

5. Особам, які здійснюють догляд, рекомендується дотримуватися доступних заходів ІК ТБ, що наведено в пунктах 12, 13 цього розділу.

6. Рекомендується обмежити відвідування помешкання сторонніми особами.

7. Особам, які постійно не проживають разом із пацієнтом, слід спілкуватися з ним на відкритому повітрі в разі неможливості дотримання пунктів 8 - 11 цього розділу.

8. У приміщенні рекомендується забезпечити використання природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрюються, влітку бажано тримати вікна відчиненими постійно.

(пункт 8 розділу IV із змінами, внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

9. Пункт 9 розділу IV виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим пункти 10 - 15 вважати відповідно пунктами 9 - 14)

9. Проводити щоденне вологе прибирання з метою зменшення запиленості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолю у зваженому стані. За потреби використовують зволожувачі повітря.

(пункт 9 розділу IV у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

10. Приміщення при перебуванні хворого вдома рекомендовано обладнати екранованим УФ-опромінювачем, за умови наявності високих ризиків інфікування для співмешканців. Використання, монтаж, обслуговування УФ-опромінювача проводиться відповідно до рекомендацій виробника.

(пункт 10 розділу IV у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244)

11. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, рекомендується:

перед відвідуванням ретельно провітрювати приміщення;

абзац третій пункту 11 розділу IV виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 18.10.2021 р. N 2244,  
у зв'язку з цим абзаци четвертий - п'ятий  
 вважати відповідно абзацами третім - четвертим)

пацієнту використовувати хірургічну маску;

відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2.

12. Медичний та немедичний персонал під час відвідування осередку використовує респіратори класу захисту не нижче ніж FFP2.

13. Пацієнту рекомендують дотримуватися правил респіраторної гігієни, зокрема під час кашлю закривати рот і ніс хустинкою.

14. Медичний працівник, який спостерігає за пацієнтом на паліативному лікуванні, перевіряє виконання вищезазначених рекомендацій, проводить консультування з цього приводу пацієнта й осіб, які проживають разом із ним та здійснюють догляд, а також регулярне опитування контактних осіб щодо симптомів, які можуть свідчити про туберкульоз, та організує скринінгове обстеження.

### V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом

1. Моніторинг заходів ІК ТБ проводиться мінімум один раз на два роки центрами контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, відповідно до адміністративно-територіальної належності. Фахівці державної установи "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України" (далі - Центр) можуть приймати участь у моніторингу, з метою оцінки якості збору даних.

2. Центри контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України за результатами моніторингових візитів формують звіт, який в електронній і паперовій формах не пізніше 01 березня року, що слідує за моніторинговим, надсилають до Центру для узагальнення.

3. Після перевірки і аналізу даних Центр формує звіт щодо моніторингу дотримання Правил закладами та у термін не пізніше 01 травня року, що слідує за моніторинговим, надсилає його до Міністерства охорони здоров'я України.

4. Фахівці Центру проводять моніторинг заходів ІК ТБ у Київському міському та обласних протитибуркульозних ЗОЗ не рідше одного разу на два роки.

5. Контрольні списки (чек-листи) моніторингу заходів ІК ТБ затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.

6. Моніторинг дотримання заходів ІК ТБ не є заходом державного нагляду (контролю) у розумінні Закону України "Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності".

(розділ V із змінами внесеними згідно з наказами  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614,  
від 18.10.2021 р. N 2244,  
у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 21.02.2023 р. N 354)

|  |  |
| --- | --- |
| **Генеральний директор Директорату** **громадського здоров'я** | **А. Скіпальський** |

Додаток 1  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 9 розділу I)

### Критерії контагіозності пацієнта з туберкульозом

Контагіозність пацієнта з туберкульозом безпосередньо пов'язана з кількістю інфекційного аерозолю, який викидається в повітря під час респіраторних актів хворого та містить збудник туберкульозу.

Епідемічне значення як джерело інфекції мають такі пацієнти:

на момент встановлення діагнозу:

пацієнти із туберкульозом легень, дихальних шляхів або гортані, що супроводжується кашлем, у яких мазок мокротиння є позитивним;

у процесі лікування:

пацієнти із туберкульозом легень дихальних шляхів або гортані з бактеріовиділенням у перші 2 - 3 тижні лікування;

пацієнти, які почали лікування з невизначеним профілем хіміорезистентності (наприклад, лікування ХРТБ призначено за результатами методу "експерт МБТ/РІФ", проте не отримано результатів культурального дослідження, та/або методом лінійного зонд-аналізу);

пацієнти з бактеріовиділенням або культурою мокротиння на 60 дозі лікування;

пацієнти з низькою прихильністю до лікування.

До отримання даних моніторингу лікування непрямими ознаками зниження контагіозності у процесі лікування є тріада критеріїв:

швидке призначення лікування, яке ґрунтується на всіх доступних методах визначення хіміорезистентності (культуральні тести медикаментозної чутливості, молекулярно-генетичні методи);

позитивна відповідь на лікування (зменшення клінічних симптомів, зокрема проявів інтоксикації, кашлю), збільшення маси тіла;

контрольований щоденний прийом призначених препаратів.

Додаток 2  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 2 розділу II)

### Схема розподілу потоків пацієнтів з підозрою на туберкульоз на рівні первинної медичної допомоги

Додаток 2 виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 3 серпня 2021 року N 1614)

Додаток 3  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 2 розділу II)

### Схема розподілу потоків пацієнтів на рівні спеціалізованої протитуберкульозної допомоги

Додаток 3 виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 3 серпня 2021 року N 1614,  
у зв'язку з цим додатки 4 - 6 вважати відповідно додатками 2 - 4)

Додаток 2  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 2 розділу II)

### ЗАХОДИ інфекційного контролю під час збору мокротиння

1. Необхідність у зборі мокротиння постійно виникає у закладах, що надають первинну медичну допомогу, стаціонарних відділеннях пульмонологічного профілю і протитуберкульозних закладах. У кожному такому закладі з урахуванням місцевої специфіки має бути розроблено положення (наказ, протокол) про умови і правила збору мокротиння, в якому призначаються відповідальні особи, визначається місце й інженерні вимоги до устаткування, що використовується, регламентується забезпечення витратними матеріалами, визначаються обов'язки персоналу та хворих, детально описується методика якісного та безпечного здійснення збору мокротиння і визначається процедура контролю виконання.

2. Стандартна операційна процедура збору мокротиння:

1) призначається відповідальна особа за збір мокротиння в закладі;

2) збір мокротиння всередині закладу здійснюється у спеціальному приміщенні (пункт збору мокротиння). Приміщення необхідно розділити скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини: для збирання мокротиння та для медичного персоналу, який контролює цей процес. Оптимально збирати мокротиння у спеціальних кабінах, обладнаних механічною вентиляцією, що забезпечує кратність повітрообміну по витяжці не менше 20. Викид повітря, що видаляється, організовується таким чином, щоб уникнути потрапляння інфекційного аерозолю назад в приміщення. У пункті збору мокротиння обов'язково встановлюється екранований та відкритий УФ-опромінювачі;

3) за неможливості облаштувати приміщення для збору мокротиння відповідно до зазначених вимог альтернативою є збір мокротиння на відкритому повітрі. Такий варіант є також найбільш доцільним, якщо збір мокротиння не є рутинною діагностичною процедурою в закладі (наприклад, спеціалізовані амбулаторні та стаціонарні заклади іншого, ніж пульмонологічний, профілю);

4) всі процедури, пов'язані з індукуванням кашлю, слід проводити у спеціальних кабінах або відведених для цього приміщеннях із негативним тиском. Пацієнти повинні залишатися в кабінах або приміщеннях до припинення виділення мокротиння і кашлю. Входити до кабіни або приміщення персоналу та іншим хворим дозволяється лише після завершення знезараження контамінованого повітря шляхом бактерицидного УФ-опромінення при роботі відкритого УФ опромінювача;

5) якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відповідальна особа має пояснити всі ризики цієї процедури та рекомендувати, щоб збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відкритим вікном, без присутності інших людей;

6) у разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який перебуває у тяжкому стані, треба попросити людей, не задіяних у процесі, вийти з приміщення. Збір мокротиння проводити за ввімкненого УФ-випромінювача екранованого типу при закритих дверях. Після збору мокротиння необхідно провітрити приміщення. Медичний працівник під час збору мокротиння повинен надягати респіратор класу захисту FFP3, халат захисний (за необхідності) та медичні рукавички;

7) якщо збір мокротиння проводиться в кімнаті збору мокротиння, медичному працівникові слід вийти з кабінету, де пацієнт відкашлює мокроту, і спостерігати за пацієнтом через скляну частину дверей.

**Стандартна операційна процедура "Збір мокротиння"**

від \_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_ року

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Посада | | П. І. Б. | Підпис |
| Розробив |  | |  |  |
| Погодив | Керівник ВІК | |  |  |
| Підписав | Керівник ЗОЗ | |  |  |
| Дата наступного перегляду: \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_ року" | | | | |
| Мета | | Зниження ризику поширення інфекційного аерозолю в приміщеннях закладу та попередження інфікування медичного персоналу. | | |
| Виконавці | | Відповідальна особа (сестра медична). | | |
| Місце проведення | | Спеціально обладнана кімната або відкритий майданчик збору мокротиння. | | |
| Необхідне обладнання для спеціальної кімнати | | УФ-опромінювач (відкритого та екранованого типу) Нестерильні (оглядові) медичні рукавички Респіратор класу захисту FFP3 Контейнер для збору мокротиння Журнал реєстрації | | |
| Послідовність дій | | 1. Медичний працівник одягає респіратор та медичні рукавички. 2. Пацієнт заходить до кімнати і отримує контейнер для збору мокротиння. 3. Медичний працівник проводить роз'яснення щодо необхідних дій для якісного збору мокротиння; глибоко вдихнути і затримати дихання на 5 секунд; повільно видихнути; знову глибоко вдихнути та сильно відкашлятися поки в ротову порожнину не надійде мокротиння; сплюнути мокротиння в контейнер; повторювати вищеперераховані дії доти, доки в контейнері не буде 5 мл рідини; щільно закрити контейнер та віддати медичному працівнику; провести обробку рук у разі їх забруднення мокротинням. 4. Процедура проводиться за закритими дверима (медичний працівник виходить із кабінки, в якій пацієнт відкашлює мокроту, і спостерігає за процесом через скляну частину дверей). 5. Після виходу пацієнта необхідно увімкнути відкритий УФ-опромінювач на визначений час\* (екранований опромінювач має працювати безперервно). 6. Медичний працівник повинен зробити відповідний запис в журналі обліку та направити мокротиння до лабораторії. | | |
| У разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який знаходиться у тяжкому стані, слід попросити вийти із кімнати/палати людей, які не задіяні в процесі. Збір мокротиння проводиться за ввімкненого УФ-опромінювача екранованого типу. Після закінчення процедури необхідно провітрити приміщення. | | | | |
| Якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відповідальна особа має пояснити всі ризики даної процедури та рекомендувати, аби збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відчиненим вікном, без присутності інших людей. | | | | |
| Заборонено проводити процедуру індукції мокротиння у приміщеннях, не обладнаних механічною вентиляцією. За таких умов рекомендовано проводити процедуру на відкритому повітрі (спеціально відведеному майданчику). | | | | |
| \* час роботи відкритого УФ опромінювача визначається за формулою: t (c) = 10000/р, де t (c) - час у секундах, потрібний для повної деконтамінації приміщення від МБТ; 10000 - доза (мкДж/см2) бактерицидного ультрафіолетового опромінення з довжиною хвилі 254 нм, яка забезпечує деконтамінацію 99 % МБТ, що знаходяться в приміщенні; p - інтенсивність УФ випромінення на довжині хвилі 254 нм, що виміряна за допомогою УФ-радіометра в точці приміщення, яка є найбільш віддаленою від бактерицидної лампи.  Отриманий результат округлюється в більшу сторону до кількості хвилин.  Використання більшої кількості бактерицидних УФ-ламп дає змогу зменшити час дезінфекції приміщення. | | | | |

(додаток 2 у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Додаток 3  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 2 розділу II)

### Приклади реалізації адміністративних заходів інфекційного контролю за туберкульозом

1. Своєчасне виявлення людей із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз.

Завдання: відокремити і швидко відмежувати людей із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз, під час звернення до медичного закладу.

Залучення: всі пацієнти і медичні працівники.

Керівний принцип упровадження: підвищити обізнаність про можливе захворювання на туберкульоз, приділяючи особливу увагу кашлю.

Рекомендовані дії:

розробити стандартну процедуру розподілу потоків та виявлення потенційно контагіозних хворих одразу після звернення до закладу;

призначити відповідальну особу (оптимально - медичну сестру) для розподілу потоків на етапі долікарського прийому;

відділити всіх пацієнтів із кашлем, а потім застосувати інструмент скринінгу на туберкульоз для кожного пацієнта, який кашляє;

вести журнал обстеження хворих, які кашляють;

пояснювати пацієнтам під час скринінгового процесу, чому їх обирають для спеціального обстеження;

здійснювати моніторинг процесу, відстежувати відсоток пацієнтів із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз, і хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, які відвідували заклад. Якісний скринінг має значно збільшити кількість хворих із бактеріологічно підтвердженим діагнозом туберкульозу.

2. Ізоляція хворих, які становлять епідемічну небезпеку.

Завдання: забезпечити відокремлення пацієнтів зі встановленим і підозрюваним контагіозним туберкульозом від інших, щоб зменшити ризик внутрішньолікарняного поширення інфекції.

Залучення: пацієнти, медичний персонал і відвідувачі.

Керівний принцип упровадження: забезпечити відповідне планування або перепланування зон для відокремлення й ізоляції хворих. Ізоляція контагіозних або потенційно контагіозних хворих на туберкульоз (включно з тими, у кого захворювання ще не підтверджено, але є симптоми, що можуть свідчити про туберкульоз) зменшує ризик поширення інфекції.

Рекомендовані дії: вжити відповідних заходів для різних видів послуг, що пропонуються у закладі, і призначити працівників, відповідальних за ці заходи:

якщо можна, створити окрему або ізольовану зону, розділивши велику площу в наявному приміщенні на декілька дрібніших; крита ділянка зовні будівлі за сприятливої погоди також може використовуватися для очікування хворих із кашлем доти, доки їх не огляне лікар;

розробити процедуру відокремлення пацієнтів з уже встановленим діагнозом або тих, що можуть бути контагіозними, коли вони вперше потрапляють до закладу;

поєднати будь-яке відокремлення або ізоляцію з медичною допомогою найвищої якості (пересвідчитися, що будь-яке обмеження особистих свобод відбувається лише у разі нагальної потреби і супроводжується детальним поясненням процесу й обґрунтуванням необхідності застосування таких дій);

інформувати пацієнтів та відвідувачів шляхом розміщення видимих вивісок на вході до закладу і на вхідних дверях до зон з обмеженим доступом.

3. Контроль за аерогенним поширенням інфекції за допомогою "етикету кашлю" і респіраторної гігієни.

Завдання: забезпечити дотримання практики респіраторної гігієни пацієнтами, відвідувачами і персоналом.

Залучення: всі пацієнти, медичний персонал і відвідувачі.

Керівний принцип упровадження: усі працівники повинні сприяти зміні поведінки на таку, яку вони хотіли б бачити, самі показуючи приклад і навчаючи пацієнтів та відвідувачів "етикету кашлю" і респіраторній гігієні.

Рекомендовані дії:

вжити відповідних заходів для різних видів послуг, пропонованих у закладі, визначити осіб, відповідальних за ці дії;

використовувати і розміщувати інформаційно-освітні матеріали та плакати на тему "етикету кашлю" там, де їх неодмінно побачать пацієнти, або на передніх дверях на вході до закладу;

запровадити щоденне навчання з "етикету кашлю" на всіх пунктах обслуговування;

надавати допомогу персоналу у зміцненні навичок надання вербальних інструкцій і підвищенні їхнього рівня комфорту під час навчання інших "етикету кашлю";

забезпечити всіх хворих із поставленим діагнозом і тих, що мають симптоми, які можуть свідчити про туберкульоз, хустинками або масками для обличчя;

нагадувати пацієнтам, які не виконують зазначених процедур, про необхідність дотримуватися правил респіраторної гігієни у закладі;

персонал може допомогти зменшити рівень стигми щодо носіння масок своєю власною поведінкою, зокрема носінням респіраторів.

4. Обмеження терміну перебування у лікувальному закладі.

Завдання: зменшити ризик зараження на туберкульоз інших пацієнтів і медичних працівників за рахунок мінімізації часу, проведеного у закладі пацієнтами зі встановленим діагнозом туберкульозу.

Залучення: пацієнти, медичний персонал і відвідувачі.

Керівний принцип упровадження: швидкий скринінг, обстеження лікарем-клініцистом, діагностичні процедури і початок лікування, спрямовані на зменшення ризику для інших осіб, що перебувають у закладі.

5. Забезпечення заходів із профілактики туберкульозу серед медичних працівників, що включає тестування на ВІЛ та туберкульоз, профілактику зараження на робочому місці, проведення антиретровірусної терапії і хіміопрофілактики туберкульозу працівникам, які є ВІЛ-позитивними або мають імуносупресивний стан іншої етіології.

Завдання: запобігти захворюванню персоналу на туберкульоз та ВІЛ/ТБ і надати допомогу тим, хто захворів, відповідно до міжнародних стандартів, включно із правилами охорони праці та безпеки.

Залучення: медичні працівники, фахівці з громадського здоров'я і безпеки праці, професійні асоціації, регуляторні органи і профспілки.

Керівний принцип упровадження: створення співчутливої, неосудливої і недискримінаційної атмосфери на робочому місці, забезпечення конфіденційного тестування на ВІЛ і надання профілактики та лікування туберкульозу для всіх працівників.

Рекомендовані дії:

вжити належних заходів для впровадження конфіденційного тестування і лікування туберкульозу та ВІЛ-інфекції у закладі, а також визначити осіб, відповідальних за такі дії;

залучати регуляторні органи, профспілки і професійні асоціації, якщо доцільно;

здійснити перехресну перевірку національних положень з охорони і безпеки праці для забезпечення узгодження практики і процедури виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції на робочому місці;

навчати персонал ознакам і симптомам туберкульозу, заохочувати лікування на ранньому етапі й надавати підтримку працівникам під час проходження терапії;

забезпечити скринінг на ВІЛ-інфекцію і туберкульоз (періодичний та у разі виявлення симптомів), заохочувати лікування на ранньому етапі й надавати підтримку працівникам під час проходження терапії;

запропонувати працівникам, які живуть із ВІЛ або мають інші імуносупресивні стани, можливість перейти на ті ділянки роботи, що мають найменший ризик зараження туберкульозною інфекцією;

зберігати конфіденційність результатів скринінгу за місцем роботи.

(додаток 3 із змінами, внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614)

Додаток 4  
до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз  
(пункт 4 розділу II)

### МЕТОДИКА проведення якісного "фіт-тесту"

"Фіт тест" (тест на щільність прилягання респіратора) є ключовим етапом програми респіраторного захисту, оскільки це єдиний визнаний інструмент для оцінки відповідності певної моделі та розміру респіратора до обличчя користувача. Працівникам дозволяється використовувати тільки марку, модель і розмір респіратора або респіраторів, у яких вони успішно пройшли "фіт-тест". "Фіт-тест" є обов'язковим для всіх користувачів респіраторів. Цей тест гарантує, що у разі правильного надівання обрана модель і розмір респіратора підходить для адекватного захисту користувача. Цей тест слід повторювати щороку і кожного разу, коли у працівника спостерігаються зміни у фізичному стані організму, такі як збільшення ваги або її втрата, рубці на обличчі, стоматологічні протези тощо. "Фіт-тест" буває двох типів - якісний та кількісний. Принцип якісного "фіт-тесту" полягає в тому, що під спеціальний ковпак розпиляється речовина, яка під час потрапляння на рецептори язика викликає відчуття смаку (наприклад, солодкого чи гіркого). Наявність відчуття смаку є свідченням того, що тест вважається не пройденим. Принцип кількісного "фіт-тесту" полягає в тому, що за допомогою спеціального обладнання (лічильника часточок) вимірюється концентрація часточок у повітрі приміщення і в просторі між обличчям та респіратором. Під час порівняння цих концентрацій оцінюється ступінь протиаерозольного захисту. Особа, яка проводить "фіт-тест" працівникам, має бути компетентною, проте для цього не потрібна спеціальна сертифікація або ліцензування. Визначені особи, які проводять тест, повинні вміти готувати тестові розчини, регулювати обладнання, правильно проводити перевірку, виявляти негативний результат і забезпечувати правильну роботу обладнання, навчати персонал правилам надівання і знімання респіраторів.

Процедура тестування полягає в розпиленні тестового агента (бітрекс - гіркий, сахарин - солодкий) під ковпак при надітому респіраторі. Якщо досліджуваний не відчуває смаку, це означає, що респіратор досить щільно прилягає до обличчя. До набору для проведення тесту входять: небулайзер, ковпак, комір, розчини для визначення чутливості та тестування.

**Методика проведення тесту**

1. Тест на чутливість (проводиться без надівання респіратора) проводиться з метою визначення, чи може досліджуваний відчувати смак тестового агента.

Методика проведення тесту на чутливість:

досліджуваний не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту;

під час проведення оцінки чутливості досліджуваний дихає через відкритий рот зі злегка висунутим язиком;

досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчує смак:

10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту");

ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту");

ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"). Якщо не відчуває, тестовий агент не може використовуватися для проведення "фіт-тесту" досліджуваному.

Кількість натискань в тесті на чутливість впливає на кількість натискань в наступному етапі.

2. "Фіт-тест":

1) процедура проведення:

досліджуваний не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту;

досліджуваний надіває ковпак при одягненому респіраторі;

респіратор має бути правильно надітим, підігнаним;

2) методика проведення:

так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваний дихає через відкритий рот із незначно висунутим язиком;

досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчує смак;

сопло небулайзера вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину вводиться під ковпак такою самою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30), наступні введення - половина від початкової кількості розпилювань (5, 10 чи 15);

досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця).

**Методика проведення "фіт-тесту"**

Таблиця

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Використаний час | Кількість розпилювань | Вправа |
| 00:00 | 10/20/30 | Звичайне дихання |
| 00:30 | 5/10/15 |
| 01:00 | 5/10/15 | Глибоке дихання |
| 01:30 | 5/10/15 |
| 02:00 | 5/10/15 | Повороти головою з боку в бік |
| 02:30 | 5/10/15 |
| 03:00 | 5/10/15 | Рухи вверх-вниз головою |
| 03:30 | 5/10/15 |
| 04:00 | 5/10/15 | Безперервна розмова |
| 04:30 | 5/10/15 |
| 05:00 | 5/10/15 | Біг/ходьба на місці (або наклони тулуба) |
| 05:30 | 5/10/15 |
| 6:00 | 5/10/15 | Звичайне дихання |
| 06:30 | 5/10/15 |
| 07:00 | Стоп | Завершення облікових записів |

3. Результат "фіт-тесту":

досліджуваний має повідомити, чи він (вона) відчуває смак тестового агента;

якщо досліджуваний не відчуває смаку під час тесту, "фіт-тест" вважається позитивним (пройденим);

якщо досліджуваний повідомляє про появу смаку, "фіт-тест" вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором.

Після проходження "фіт-тесту" оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного "фіт-тесту". Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він містив таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) працівника, посада; тип "фіт-тесту"; специфічна марка, модель і розмір респіратора, в якому працівника тестують; дата проведення випробування; результат якісного тесту або роздруківка результату кількісного тесту, а також бути складеним за наведеним зразком.

|  |
| --- |
| **Зразок** |

**Протокол**  
**проходження "фіт-тесту"**

|  |
| --- |
| заклад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  підрозділ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата проходження тесту** |  | |
| **Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) працівника та підпис** |  | |
| **Посада** |  | |
| **Респіратор** | **Не багаторазового використання**  **FFP2 FFP3** | **Багаторазового використання**  **напівмаска маска** |
| **Марка/модель респіратора** |  | |
| **Розмір респіратора** | **S M L немає даних** | |
| **Тип "фіт-тесту"** | **Сахарин Бітрекс Кількісний**\* | |
| **Поріг чутливості** | **10 2010 3010 >30** | |
| **Результат тесту** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Позитивний** | **Негативний** | **Не пройдено через:** **відсутність смакового відчуття;** **волосся на обличчі;** **інше (зазначити): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Особа, що проводила тест (прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) та підпис)** |  | |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Якщо використовується кількісний "фіт-тест", потрібно прикріпити роздруківку результатів. |

(додаток 4 у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 03.08.2021 р. N 1614,  
із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 21.02.2023 р. N 354)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_