

# Чиста правда

№ 22, лютий 2018 р.



## У НОМЕРІ:

- ▶ **ЗА ПОКЛИКОМ ДУШІ** ..... 2
- ▶ **ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНІ ІНФЕКЦІЇ – ВОРОГ У ТИЛУ?** ..... 4
- ▶ **НОВИНИ З РЕГІОНІВ**..... 9
- ▶ **ЧОМУ МОЖУТЬ ВИНΙΚАТИ НИЮЧІ АБО ГОСТРІ БОЛІ В СУГЛОБІ?**..... 13

**Шановні читачі!**

Ми знову раді вітати вас на сторінках нашої газети «Чиста правда». Сподіваємось, що ви завжди знайдете тут цікаву і корисну інформацію, нові засоби, нові методики. Першочерговим завданням нашої роботи є забезпечення медичних працівників не тільки правильними знаннями та вміннями, але й адекватною інформацією, що є актуальною на даний момент.

Щиро бажаємо щоб у 2018 році, на тлі медичної реформи, кожен працівник медичної галузі відчув перехід на новий, більш якісний рівень. Щоб робота приносила і моральне, і матеріальне задоволення. А ми, Асоціація СОІК, докладемо всіх зусиль, аби кожен медичний заклад України був захищеним, чистим та безпечним.

Асоціація «Служба організації інфекційного контролю»

## ЗА ПОКЛИКОМ ДУШІ

Завжди приємно, коли люди отримують заслужену нагороду. Але ще краще, коли нагорода стає відзнакою наполегливої праці цілого колективу. Наша співрозмовниця старша медсестра опікового відділення Івано-Франківської обласної лікарні Оксана Романиця.

– Пані Оксано, найперше, а що спонукало Вас стати медсестрою?

– Мені з самого дитинства подобалась ця професія. Я завжди хотіла стати медсестрою. Допомогати людям, робити їм добро. Тому я поступила до Вашківського медичного училища від Буковинської державної медичної академії.

– І Ви відразу пішли працювати до опікового відділення?

– Так. Одразу пішла працювати саме сюди. Не скажу, що чітко знала – саме тут хочу працювати. Ні. Тоді мені ще не було з чим порівнювати. Але запропонували працювати в цьому відділенні і от я тут працюю вже багато років.

– Напевно, що опікове відділення це один з найважчих напрямів роботи в лікарні?

– Так. Адже у нас, переважно, лежачі хворі, як у реанімації. Якщо опіки великої площі то додається запах. Хворі лежать довго. Іноді кілька місяців. Тому так – це важка робота.

– І тут одразу до Вас запитання з професійного боку, зважаючи на специфіку пацієнтів відділення, чи прояви внутрішньолікарняної інфекції?

– За час моєї практики у нас не було випадків внутрішньолікарняної інфек-



ції. Адже, опікові рани з самого початку є «брудними». Ці рани від початку інфіковані. Різниця в ступені інфекції. Пневмонії наших хворих є супутніми захворюваннями через їх постійне перебування у лежачому положенні. Тому повторю ще раз, випадків класичних внутрішньолікарняних інфекцій у нас не було.

– Пані Оксано,

а як Ви почули про проект «Чиста лікарня – безпечна для пацієнта»?

– Перший хто мене детально познайомив з цим проектом була головна медсестра нашої лікарні. Але і до цього ми чули про цю відзнаку. Приходили фахівці СОІК, проводили лекції, тренінги. І коли у нас був капітальний ремонт головна медсестра запалилася ідеєю, що якщо вже робимо, то треба робити все і робити правильно. Першою у нашій лікарні Вашу відзнаку отримало відділення судинної неврології. Тож ми мали на що орієнтуватися і з чим порівнювати.

– Чи важко було Вам впровадити проект «Чиста лікарня» у відділенні?

– Ні, я не можу сказати, що було важко. Все чітко, зрозуміло, що і як робити. Головне, для нас – щоб було фінансування. Закупити, щоб все було. А навчання то вже справа геть інша. Хороше люди швидко сприймають.

– А з новою системою прибирання проблем не було? Як Ваші санітарки сприйняли цю інновацію?

– З початку було таке ставлення з недовірою. Але потім дуже гарно сприйняли. Крім того, тут ще зіграв роль той фактор, що санітарки це така собі не дуже помітна персона. А тут прийшли саме до них, їх вчити, уваги. Це людям приємно, коли цінують їх працю.

– А колеги з інших відділень приходять дивитися на нові системи прибирання?

– Так, приходять. Адже, в лікарні активно роблять ремонт. Закуповують



ДО ВІДОМА

## АНАЛІЗ ДНК ВКАЗУЄ, ЩО ІНФЕКЦІЯ ГЕПАТИТУ В ІСНУВАЛА У ЛЮДЕЙ ПРОТЯГОМ СТОЛІТЬ

Команда вчених проаналізувала повний геном стародавнього штаму вірусу гепатиту В (HBV), проливаючи нове світло на всеосяжний, складний і смертоносний патоген, який сьогодні вбиває близько 1 мільйона людей щороку.

Хоча мало відомо про його еволюційну історію та походження, відкриття підтверджують думку про те, що вірус гепатиту В існував у людей протягом століть. Висновки ґрунтуються на даних про геном, отриманих з муміфікованих залишків маленької дитини, похованої в базиліці святого Доменіко Маджоре в Неаполі, Італія.

Попередній науковий аналіз 16-го століття, який не включав тестування ДНК, показав, що дитина була заражена вірусом Variola або віспи. Фактично, це було найдавнішим свідченням наявності віспи серед середньовічних залишків та критичної відмітки часу для її витоків.

Використання передових технологій змінило думку вчених – дитина фактично була інфікована HBV. Цікаво, що у дітей, інфікованих цим вірусом, може з'являтися висип на обличчі, що називається синдромом Джанотті-Крості. Це, можливо, і спричинило неправильну ідентифікацію хвороби як віспи та ілюструє складність виявлення інфекційної хвороби в минулому.

Висновки опубліковані в Інтернет-журналі PLOS Pathogens.

"Ці дані підкреслюють важливість молекулярних підходів, щоб допомогти визначити наявність ключових патогенів у минулому, що дозволяє нам краще визначити час, коли вони могли інфікувати людину", – пояснює Хендрік Пойнар, еволюційний генетик Центру давніх ДНК McMaster (McMaster Ancient DNA Centre) і голов-

ний дослідник Інституту досліджень інфекційних хвороб ім. Майкла Г. Дегроута (Michael G. DeGroot Institute for Infectious Disease Research).

Використовуючи невеликі зразки шкіри та кістки, вчені змогли витягнути крихітні фрагменти ДНК, а потім зшити разом шматки генетичної інформації, щоб відтворити повну картину.

Хоча віруси часто еволюціонують дуже швидко – іноді за кілька днів – дослідники вважають, що цей стародавній штам HBV мало змінився за останні 450 років і що еволюція цього вірусу є складною.

Поки команда виявляла тісний зв'язок між стародавніми та сучасними штамми HBV, відсутня, що називається тимчасова структура. Інакше кажучи, немає ознак вимірюваної швидкості еволюції протягом 450-річного періоду, які відрізняють зразки мумії від сучасних зразків.

За деякими оцінками, понад 350 мільйонів людей, що живуть сьогодні, мають хронічні інфекції вірусу гепатиту В, тоді як приблизно одна третина світового населення були інфіковані в певний момент свого життя. Дослідники вважають, що необхідно підкреслити важливість вивчення стародавніх вірусів.

"Чим більше ми розуміємо про поведінку минулих пандемій та спалахів хвороби, тим кращим є наше розуміння як сучасні патогенні мікроорганізми можуть діяти та розповсюджуватись, і ця інформація, нарешті, допоможе нам їх контролювати", – говорить Пінар.

За матеріалами <http://www.infectioncontroltoday.com/news/2018/01/dna-analysis-indicates-hepatitis-b-infection-has-existed-in-humans-for-centuries.aspx>



# ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНІ ІНФЕКЦІЇ – ВОРОГ У ТИЛУ?

**З**а оцінками експертів, перебування в лікарні завдає додаткової шкоди здоров'ю кожного десятого пацієнта. Особливо небезпечними щодо внутрішньолікарняної інфекції є хірургічні стаціонари, однак «підхопити» її можна й у звичайній амбулаторії чи санаторії. Що робити, аби, прийшовши на прийом до лікаря з однією хворобою, не вийти з двома, і чи можна захистити від подвійного удару самих медиків?

Стратегічним завданням охорони здоров'я є забезпечення високої якості медичної допомоги та створення безпечного середовища перебування в медичних закладах для пацієнтів і персоналу. Внутрішньолікарняні інфекції, які нині у світі прийнято називати інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги (ІПМД), є найважливішою складовою цієї проблеми – через масштабність поширення і наслідків для здоров'я пацієнтів, медперсоналу й економіки держави в цілому. У світі рівень захворюваності на ІПМД пацієнтів і персоналу в закладах охорони здоров'я визнано індикатором якості та безпеки надання медичних послуг. Свого часу Генеральний директор ВООЗ Лі Чон Вук зазначив: підвищення якості медичних послуг як найбільше досягнення людства за останні 100 років було б абсолютно достовірним, аби не існувало хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. І статистика це підтверджує.

## ВОНИ ПОВСЮДИ?

Нині до ІПМД зараховують не лише ті інфекції, що приєднуються до основного захворювання госпіталізованих пацієнтів, а й пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги (в амбулаторно-поліклінічних, освітніх, санаторно-оздоровчих установах, закладах соціального захисту населення, під час надання швидкої медичної допомоги, допомоги на дому тощо), а також випадки інфікування медичних працівників



у результаті їх професійної діяльності.

За наполяганням ВООЗ, будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, що вражає хворого внаслідок звернення по медичну допомогу або ж госпіталізації (у тому числі й після виписування, незалежно від ступеня проявів симптомів), підлягає обліку і реєстрації. Це саме стосується і медичного персоналу, який інфікувався на робочому місці.

Поширеність ІПМД обумовлена переважно демографічними змінами (зростання чисельності осіб похилого віку), розширенням у популяції груп підвищеного ризику (людей із хронічними захворюваннями, інтоксикаціями, тих, хто вживає імунодепресанти, тощо), загальним зниженням неспецифічних захисних сил організму сучасної людини внаслідок її еволюційної неготовності до стрімких змін умов життя в епоху науково-технічної революції з її тінювим боком – забрудненням навколишнього середовища, екологічною кризою, зміною способу життя (гіподинамією, стресами, нерациональним харчуванням).

Однак основними причинами розвитку внутрішньолікарняної інфекції визнано:

- формування госпітальних штамів мікроорганізмів з високою вірулентністю і множинною лікарською ре-

зистентністю до антибіотиків, які мають селективні переваги та високу стійкість до факторів навколишнього середовища (ультрафіолетового опромінення, висушування, дії дезінфекційних препаратів), – здатність до формування госпітальних штамів притаманна всім умовно-патогенним бактеріям;

- нерациональне використання антибіотиків і відсутність контролю за циркуляцією штамів із лікарською стійкістю;
- значну частоту носійства патогенної мікрофлори (наприклад, золотистого стафілокока) серед медичного персоналу (у середньому – 40%);
- створення великих лікарняних комплексів зі специфічною екологією – скупченістю у стаціонарах і поліклініках, особливостями їх контингенту (переважно ослаблені пацієнти), відносною замкнутістю приміщень (палати, процедурні кабінети тощо);
- порушення правил асептики й антисептики, відхилення від санітарно-гігієнічних норм для стаціонарів і поліклінік;
- наявність значної кількості пацієнтів, яких госпіталізують із нерозпізнаними інфекційними хворобами, носіїв стертих форм інфекцій;
- неподолані стереотипи клініцистів,

які й досі розглядають більшість ІПМД (пневмонію, пієлонефрит, запальні захворювання шкіри, підшкірної жирової клітковини тощо) як неінфекційну патологію і своєчасно чи й зовсім не вживають необхідних профілактичних і протиепідемічних заходів.

Не останню роль у поширенні внутрішньолікарняних інфекцій відіграє природний кругообіг умовно-патогенної мікрофлори за схемою «медичний персонал (або хворі) – зовнішнє середовище – медичний персонал (хворі)», що підтримує постійний епідемічний процес у закладах охорони здоров'я. Не менше значення мають медичні маніпуляції. Часто ІПМД виникають після оперативних втручань та інвазивних лікувальних і діагностичних процедур (наприклад, катетеризації вен і сечового міхура). Також робить свій внесок науково-технічний прогрес: у медицині дедалі ширше застосовують прилади й обладнання, які потребують особливих методів стерилізації. Тому ІПМД реєструють повсюдно, у вигляді спалахів або спорадичних випадків, у будь-яку пору року.

Практично кожен пацієнт чи медпрацівник може стати жертвою внутрішньолікарняних інфекцій, які мають високу контагіозність, широкий спектр збудників і різноманітні шляхи передачі. За даними ВООЗ, у середньому налічується близько 100 нозологічних форм ІПМД, збудниками яких є понад 300 видів мікроорганізмів.

## ПОЗИЦІЯ СТРАУСА

В Україні тривалий час проблему внутрішньолікарняних інфекцій узагалі замовчували, випадки ІПМД приховували або ж їх практично не реєстрували – переважно фіксували спалахи захворювань, на які вже неможливо було не реагувати. Сьогодні мало що змінилося, офіційна статистика захворюваності внутрішньолікарняними інфекціями в нашій країні абсолютно не відображає реальної картини. Щороку реєструють лише декілька тисяч таких випадків, що не відповідає ні світовому рівню, ні загальному стану матеріально-технічного, лабораторного та медикаментозного забезпечення вітчизняних закладів охорони здоров'я. Так, за даними ДУ «Український центр з контролю й моніторингу захворюваності МОЗ України» у 2015

році зафіксовано приблизно 4,5 тис. випадків ІПМД, при цьому найбільше зареєстровано не там, де реально існують об'єктивні передумови для їх виникнення, а там, де краще налагодили систему відстеження. Тож на тлі статистики країн Європи та США Україна взагалі практично не має проблем з ІПМД! Хоча насправді ситуація катастрофічна. До того ж у країнах колишнього СРСР причиною ІПМД досі є післяінфекційні ускладнення, яких у країнах Європи майже не трапляється. Також спеціальні вибіркові дослідження у закладах охорони здоров'я України свідчать, що реальна кількість ІПМД у 50–100 разів вища за офіційно зареєстровану. Найпоширенішими є інфекції сфери хірургічного втручання, які у загальній структурі ІПМД становлять за різними даними від 40 до 60% (як зазначає ВООЗ, у розвинених країнах цей показник сягає 15–20%, у державах, що розвиваються, наближається до 30–60%, а у країнах СНД у середньому становить 35–45%).

Незважаючи на широке впровадження в клінічну практику великої кількості антибактеріальних препаратів, частка пацієнтів із гнійною хірургічною інфекцією – 35–40% хворих загального хірургічного профілю. Не зменшується і летальність при гнійній інфекції, яка, за даними різних авторів, коливається від 19 до 70%.

Спотворення статистики – наслідок відсутності злагодженої системи епідеміологічного контролю за ІПМД, який слід забезпечувати завдяки комплексу ефективних організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів.

Також багато наших медичних працівників не усвідомлюють глобальності проблеми внутрішньолікарняних інфекцій, вважаючи, що вона стосується винятково стаціонарів, або ж переконані, що причина біди – у «слабкому» пацієнті, а не в умовах їх лікарні. А оскільки ніхто не відстежує реальної ситуації, то й медичні працівники мають про вказану проблему віддалене уявлення, тому не знають, як на неї вплинути в умовах конкретного відділення, лікарні.

## МИЙТЕ РУКИ!

Якщо хтось вбачає у подібному заклику іронію, нехай звернеться до Програми ВООЗ щодо забезпечення безпеки пацієнтів, де дотримання правил

гігієни рук в установах охорони здоров'я визнано основним елементом цієї стратегії. Комплексна програма щодо гігієни рук уперше була впроваджена в університетських клініках Женеви, завдяки чому за п'ять років вдалося майже вдвічі знизити частоту ІПМД і рівень передачі метицилін-резистентного золотистого стафілококу (MRSA). При цьому золотою традиційна техніка миття рук водою з милом була доповнена застосуванням спиртових антисептиків (їх почали використовувати майже в 5 разів більше). Ця програма стала основою для просування культури гігієни рук на глобальному рівні. Зокрема, застосування спиртових антисептиків та навчання медпрацівників правилам дотримання гігієни рук у лікарнях Англії й Уельсу дали унікальні результати: кожен фунт стерлінгів, витрачений на спиртовий антисептик, зекономив 9–20 фунтів стерлінгів за рахунок зниження витрат на тейкопланін (антибіотик, який використовують для лікування інфекцій, спричинених MRSA). Також аналіз ефективності кампанії «За чистоту рук» підтвердив, що програма була б економічно вигідною навіть у разі зниження рівня ІПМД лише на 0,1%. До речі, частка ІПМД, що виникають унаслідок недотримання правил антисептики рук, коливається в різних країнах від 30 до 80%.

Іще одна вимога – дотримання режиму стерилізації та дезінфекції медичного інструментарію, приладів, апаратури, оскільки останнім часом артифіціальний механізм передачі в поширенні внутрішньолікарняних інфекцій виходить на лідируючі позиції, та ще й приблизно 30% інвазивних втручань виконують без достатніх показань.

Медичні працівники повинні усвідомити, що ІПМД – це не лише проблема пацієнта, а й персональна загроза для всіх лікарів, медсестер і навіть немедичного персоналу. Тому МОЗ і професійні співтовариства мають просувати європейські рекомендації в цьому напрямку. Не так уже й складно запровадити їх у практику медичних закладів, розробити освітні програми для медпрацівників і, що найважливіше, – контролювати їх дотримання. Можливо, потрібно створити систему заохочення лікарень за надання звітів щодо ІПМД, оприлюднювати таку інформацію і хвалити не тих, хто «відрапортував»



про псевдовідсутність інфекції, а тих, хто дійсно знижує рівень інфікування у своїй лікарні.

За нинішньої системи в кожному закладі охорони здоров'я України має бути створена комісія з профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, повноваження якої поширюються на всі підрозділи і служби клініки. У своїй діяльності комісія повинна керуватися положенням, розробленим і затвердженим для кожного конкретного закладу. Її основні завдання: прийняття рішень за результатами епідеміологічного аналізу, розробка програм і планів епідеміологічного нагляду, координація заходів з керівництвом; забезпечення взаємодії всіх служб стаціонару (відділення), а також взаємодія з органами, уповноваженими здійснювати державний санітарно-епідеміологічний нагляд. Однак існування таких комісій не гарантує належного результату за наявності фінансових проблем, а також відсутності чіткої системи епідеміологічного нагляду та контролю, адекватних дієвих механізмів збору даних щодо ППМД, можливостей дослідження інфекцій, моніторингу тощо.

#### ДЕ ТОНКО, ТАМ І РВЕТЬСЯ

Доведено тісний зв'язок між рівнем розвитку країни та поширеністю ППМД: в економічно стабільних державах значно менше випадків внутрішньолікарняної інфекції.

Ситуація в Україні ускладнюється також через брак фінансування для відповідного утримання закладів охорони здоров'я, тривалу трансформацію всієї системи медичної допомоги, недосконалість нормативно-правової та методичної бази в напрямку вирішення проблеми, відсутність чіткої системи епідемічного нагляду за ППМД, достовірної реєстрації та моніторингу.

Щоправда, в нашій державі розроблено окремі нормативно-правові документи, які прямо або опосередковано регулюють певні аспекти, пов'язані з ППМД, однак цього вкрай недостатньо. Тому на часі приведення нормативно-правових актів щодо ППМД у відповідність до міжнародних вимог, удосконалення методичного забезпечення, документальної складової тощо. Наразі навіть чинні закони і кілька десятків наказів МОЗ України, котрі покликані регулювати ці питання, не узгоджені між собою, а частина з них узагалі за-

старіла. Та й умови, у яких функціонують наші медичні заклади, аж ніяк не сприяють приборканню внутрішньолікарняних інфекцій. Ще у 2004 році відбулася колегія МОЗ України, на якій було розглянуто це питання і озвучено факти реєстрації грубих порушень протиепідемічного режиму в закладах охорони здоров'я, у тому числі й через їх недостатнє матеріально-технічне забезпечення. Як гадаєте, ситуація змінилася на краще?

У 2015 році фахівці Держсанепідслужби України здійснили перевірку понад 3 тис. лікувально-профілактичних закладів і встановили, що кількість лікарень, які перебувають у незадовільному санітарно-технічному стані, порівняно з 2013 та 2014 роками збільшилася майже вдвічі! Серед основних проблем названо відсутність капітальних і поточних ремонтів приміщень, частина яких узагалі перебуває в аварійному стані і не підлягає ремонту, а також адекватного очищення і знезараження стічних вод інфекційних лікарень (відділень). У сільській місцевості медичні заклади не забезпечені централізованими інженерними мережами, у тому числі через відключення електропостачання та відсутність палива. Дезінфекційне і стерилізаційне обладнання здебільшого зношене, технічно застаріле, тому часто виходить з ладу. Усе це не дає змоги належним чином забезпечити необхідний режим дезінфекції та стерилізації виробів медичного призначення і зумовлює ризик виникнення внутрішньолікарняних інфекцій.

#### НЕ ВСЕ ТАК БЕЗНАДІЙНО?

Утім, управу на внутрішньолікарняні інфекції знайти можна, але лише за умови впровадження сучасної ефективної системи епідеміологічного нагляду та контролю, своєчасного здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів. Фахівці стверджують: половині випадків ППМД можна запобігти, особливо це стосується країн, що розвиваються, де «резерв» таких можливостей не використовують повною мірою.

З метою комплексного підходу до профілактики ППМД у багатьох країнах Західної Європи і США ще на початку 80-х років минулого століття були розроблені та реалізовані національні програми інфекційного контролю

за внутрішньолікарняними інфекціями, завдяки чому вдалося значно знизити їх частоту. До того ж усі зрозуміли, що впровадження таких програм дає змогу окупити витрати на їх фінансування вже протягом року. Ефективність інфекційного контролю на національному рівні залежить від координованих зусиль фахівців санітарно-епідеміологічної служби та закладів охорони здоров'я, кожен з яких має свою специфіку, тож і програма епідеміологічного нагляду в конкретній лікарні має бути адаптована до її особливостей. Добре було б, аби це врахували в нинішніх реформах.

Україні потрібно нарешті перейти на міжнародні стандарти профілактики інфекцій. Сучасні вимоги та рекомендації, якими нині керуються у світі, підготовлені різними професійними і науковими товариствами, засновані на доказовій медицині й обґрунтовані клінічними дослідженнями, до того ж їх кожні кілька років оновлюють. Нині одними з найновіших, визнаних в усьому світі, є національні рекомендації з профілактики ППМД Великої Британії – epic3 (National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England). Однак в Україні їх до уваги не беруть, та й чинних процедур профілактики інфекцій практично не оновлюють.

За визначенням ВООЗ, епідеміологічний нагляд у закладі – це система збору, аналізу й інтерпретації даних про інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, що передбачає періодичну звітність відносно зібраної інформації перед зацікавленими особами та групами. У переважній більшості країн відстеження ППМД – це частина клінічної практики, там існують рекомендації або директиви, котрі вказують, який тип інфекції або мікроорганізмів потрібно контролювати і які звіти направляти в контролюючі органи. До того ж інформація про рівень ППМД у медичних закладах є абсолютно публічною, пацієнт може знайти її в інтернеті і вибрати безпечнішу в цьому плані лікарню.

Більшість медичних закладів Європи використовують системи контролю за окремими процедурами, наприклад, за введенням центральних венозних катетерів і доглядом за ними. Такі системи сприяють ранньому виявленню



інфекцій і встановленню їх причини та джерел. Останні тенденції в медичній практиці у Європі – запровадження контрольних листів для конкретних процедур та застосування правил Bundles of Care (покрокова інструкція з виконання конкретних процедур), що дало змогу значно знизити рівень ускладнень у пацієнтів. Контрольні листи пропонують багато організацій, зокрема ВООЗ (хірургічний контрольний лист), CDC (контрольний список для запобігання розвитку сепсису) тощо, оскільки не може бути єдиної уніфікованої форми інфекційного контролю для всіх відділень і закладів охорони здоров'я.

Розробка адаптованої програми епідеміологічного нагляду має бути суспільною справою епідеміолога і лікаря клінічної спеціальності, оскільки це елемент нагляду та моніторингу, а не інспекція. Тож високий рівень захворюваності ППМД не може бути причиною для покарання медичних працівників. Передусім потрібно знайти «збій» у системі і відкоригувати її, бо мета – не захищатися, а гарантувати безпеку пацієнтів і персоналу.

Аби запровадити подібні програми в Україні, знову ж таки потрібно спочатку перейти на міжнародні стандарти (щодо удосконалення лабораторної діагностики, визначення випадку ППМД різних нозологічних форм, епідеміологічного нагляду, протиепідемічних заходів, виявлення госпітальних штамів збудників ППМД тощо). За даними дослідників США, завдяки ефективним програмам епідеміологічного нагляду можна запобігти виникненню третини всіх випадків ППМД. Та навіть якщо вдасться зменшити їх кількість на 6%, витрати на програму окупляться. Найефективнішим підходом у бо-

ротьбі з ППМД може бути система, що складається з епідеміологічного, бактеріологічного і клінічного моніторингу. Особливо важливо відстежувати захворюваність на ППМД і смертність від них за допомогою ретроспективного й оперативного епідеміологічного аналізу, епідеміологічного обстеження, діагностики та оцінки ефективності проведених заходів.

#### СТРІЛОЧНИКИ ЧИ ПОТЕРПІЛІ?

На жаль, медичний персонал зазвичай сприймають як джерело або фактор передачі внутрішньолікарняної інфекції, а під час епідеміологічного розслідування майже завжди «призначають» основним порушником протиепідемічного режиму. Децимія правди в цьому є, однак медики першими потерпають від інфекцій «рідної» лікарні. На жаль, в Україні не проводять моніторингу й обов'язкової реєстрації випадків ППМД серед медичних працівників. Під час досліджень професійних захворювань медичного персоналу зазвичай звертають увагу на «класичні» інфекції (у структурі професійної захворюваності домінують туберкульоз органів дихання і вірусні гепатити). Однак медичні працівники ризикують заразитися й інфекціями, зумовленими умовно-патогенними мікроорганізмами, які циркулюють у закладах охорони здоров'я. Цю проблему належним чином не досліджують. Умовно-патогенні мікроорганізми здатні спричинити такі нозологічні форми, як ГРІ, ангіна, фарингіт, гайморит, тонзиліт, пневмонія, цистит, пієлонефрит, інфекційний міокардит та інші хвороби, частка яких у структурі професійної захворюваності перевищує 90%. Але в Україні не розроблені параметри санітарно-епідеміологічного нагляду за

ППМД медичних працівників, як і система відповідних профілактичних та протиепідемічних заходів. Вона має передбачати застосування засобів імунпрофілактики для зниження захворюваності серед медичних працівників із порушенням імунного статусу, розробку уніфікованих критеріїв захворювання медичного працівника на ППМД з урахуванням напрямку діяльності, порядку встановлення діагнозу «професійне захворювання» (докази епідеміологічних зв'язків з інфекційним хворим чи матеріалом, наявність умов, що сприяють внутрішньолікарняному зараженню, тощо).

На жаль, в Україні немає достовірної статистики професійної захворюваності медиків, тож і відповідних даних щодо ППМД у них. Передусім це обумовлено недостатнім рівнем соціального та матеріального забезпечення професійної непрацездатності в державі, а також недосконалою системою страхування та виплат компенсацій з професійної непрацездатності фондами соціального захисту й страхування. Не останню роль відіграє і страх медиків втратити роботу, а отже, й намагання приховати свої хвороби, несумісні з професійною діяльністю, чи вилікувати їх самотужки. Ще одна причина – формальне проведення медичних оглядів і складність процедури підтвердження професійної етіології захворювання у медиків. Отож, чоботар – без чобіт, а лікар – без здоров'я.

За даними ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», рівень смертності медичних працівників віком до 50 років на 32% вищий, ніж у середньому по країні. Проте виявлення профзахворювань у них не перевищує 10% від загальної кількості. Зокрема, медики перебувають у групі підвищеного ризику зараження гемоконтактними інфекціями. У світі офіційно задокументовано професійне зараження ВІЛ-інфекцією 350 медичних працівників, натомість випадків захворюваності на вірусні гепатити В і С серед них – десятки тисяч. Однак Україна знову йде «не в ногу». Зокрема, з 2006 року спостерігається стійка тенденція до зменшення кількості випадків та зниження рівня професійної захворюваності медиків, що не корелює ані зі світовою статистикою, ані з вітчизняними умовами їх праці (у 2006 році цей показник становив 0,74 на 10 тис. працюючих, у 2015 році –



0,31!). Цікаво, що таке «покращення» збіглося в часі з ліквідацією санітарно-епідеміологічної служби, передачею її функцій різним структурам, знищенням системи санепіднагляду за умовами праці на законодавчому рівні.

#### БАР'ЄРИ БУДЕ ПОДОЛАНО?

Ефективній боротьбі з внутрішньолікарняними інфекціями заважає чимало факторів, передусім пов'язаних з фінансовим забезпеченням закладів: недостатньо високий рівень розвитку інфраструктури і обмежений доступ до необхідних матеріалів, незадовільний стан будівель лікарень, дефіцит кадрів, відсутність сучасних систем подачі чистої води та об'єктів для проведення достовірних мікробіологічних досліджень. Ще однією серйозною проблемою для багатьох країн є дефіцит кваліфікованих кадрів, адже профілактика та контроль інфекцій лише недавно були включені до переліку клінічних дисциплін медичних вишів, і тому жоден напрямок клінічної медицини не несе чіткої відповідальності за цю сферу (коли відповідальні всі – вважай, що ніхто).

Зрештою, Україні також настав час усвідомити: ефективність протидії ІПМД залежить від своєчасних і якісних протиепідемічних заходів, які можуть бути результативними лише в разі проведення всебічного моніторингу за епідемічними процесами, що важливо для керування системою і прийняття управлінських рішень.

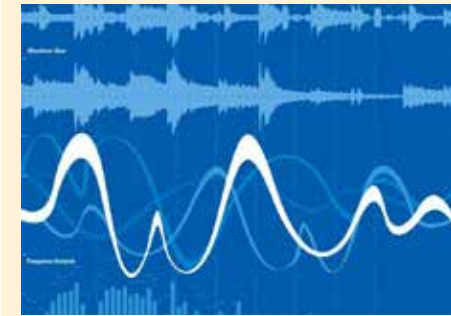
Також слід зазначити: ефективність такої системи багато в чому залежить від координації зусиль із фахівцями санітарно-епідеміологічних служб, але в Україні цю інституцію ліквідовано. Нині її функції забезпечують Міністерство охорони здоров'я, Державна служба з питань праці та Держпродспоживслужба. Чи впораються вони із цим завданням, покаже час. Однак інфекції не чекатимуть, тож боротьба з ними – доволі динамічний процес, система епідемічного нагляду та контролю повинна постійно змінюватися, адаптуючись до нових досягнень медичної науки і викликів. А останніх в Україні – хоч греблю гати!

За матеріалами <http://www.vz.kiev.ua/vnutrishnolikarnyani-infektsiyivorog-u-tylu/> (Скорочено).

**М**едичні технології прогресивно розвиваються, покращуючи здоров'я людини. Дослідники збагачують медицину новими відкриттями.

Однією з таких сучасних технологій є ударно-хвильова терапія.

Вперше цю методику почали використовувати у 1990-х роках в німецьких клініках. Травматологи з метою швидшого зростання кісток вирішили стимулювати їх ріст пневматичними ударами. Результат був позитивний. Цю ідею перейняли інші європейські клінічні центри.



Ударні хвилі – це особливі акустичні хвилі, які не вловлює людське вухо. Вони є нешкідливими і не пошкоджують тканини організму. Ці хвилі мають позитивну дію на кісткову тканину та хрящі. Під час лікування методом ударно-хвильової терапії прискорюються відновні процеси. Клітини відновлюються швидше, ніж в звичайних умовах. Тканини стають більш життєздатними і міцнішими. Акустичні хвилі заданої частоти викликають механічне напруження в зоні контакту і як більярдні кульки прямують до вогнища ураження, руйнуючи патологічні утворення. Сприяють оновлення капілярів, покращують місцевий кровообіг. Активують захист організму.



Ударна хвиля покращує місцевий кровообіг, прискорює розсмоктування патологічних фрагментів, сприяє проростанню нових судин, стимулюючи живлення хворої ділянки. При цьому зменшується

## ЕФЕКТИВНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

більшій частині, відновлюються втрачені функції в пошкодженій зоні, а зв'язки та сухожилки стають більш витривалими до фізичних навантажень

Корекції піддаються різні патології, а токсичні продукти обміну безпечно виводяться природним шляхом, не пошкоджуючи інші органи.

Особливістю ударно-хвильової терапії є те, що вона дає можливість уникнути прийому медикаментів.

Ефективність відчувається вже після перших процедур.

*Сфери, де Ви можете рекомендувати застосування ударно-хвильової терапії:*  
**ТРАВМАТОЛОГІЯ**

- ♦ Плантарний фасциїт («п'яткова шпора»)
- ♦ Латеральний і медіальний епіконділіт
- ♦ Тендиніт ротаторної манжети плеча та плечевий бурсит
- ♦ Тендиніт ахіллового сухожилля
- ♦ Тендиніт надколінника
- ♦ Бурсит вертела стегнового суглобу, колінної чашки і ліктьового відростка
- ♦ Сповільнена консолидація переломів
- ♦ Псевдоартроз
- ♦ Артроз (плечолопатковий, деформуючий остеоартроз, деформуючий артроз)
- ♦ Метатарзалгія
- ♦ Розтягнення м'язів та зв'язок
- ♦ Кальцинуєчий тендиніт плеча
- ♦ Великогомільковий стрес-синдром
- ♦ Хвороба Кеніга
- ♦ Асептичний некроз кістки
- ♦ Хондропатія надколінника
- ♦ Спортивні травми, в т.ч. в підгострому періоді
- ♦ Ригідний 1-й палець стопи, кісточка на ногах (Халюс вальгус)
- ♦ Ахіллодинія
- ♦ Хвороба Шляттера
- ♦ Синовіїт (без вмісту)
- ♦ Тендовагініт
- ♦ АРС-синдром
- ♦ Контрактури

#### НЕВРОЛОГІЯ

- ♦ Остеохондроз
- ♦ Плечелопатковий періартрит
- ♦ Міофасціальні триггерні точки

- ♦ Цервікалгія, цервікобрахіалгія (біль в ший)
- ♦ Люмбалгія (біль в попереку)
- ♦ Синдром напруженого м'язу
- ♦ Спастичні контрактури при ДЦП
- ♦ Торакалгія (біль в грудному відділі хребта)
- ♦ Синдром грушевидного м'язу
- ♦ Болі голови, мігрень
- ♦ Післяінсультний гіпертонус кінцівок
- ♦ М'язова атрофія
- ♦ М'язові спазми
- ♦ Тунельний синдром (синдром зап'ястного карпального каналу)
- ♦ Фасеточний синдром

- ♦ Невропатія лицевого нерву
- УРОЛОГІЯ**
- ♦ Простатит (неінфекційний)
- ♦ Еректильна дисфункція судинного генезу
- ♦ Синдром хронічного тазового болю
- ХІРУРГІЯ**
- ♦ Діабетична стопа
- ♦ Виразки гомілки (трофічні порушення гомілки)
- СТОМАТОЛОГІЯ**
- ♦ Пародонтоз
- ♦ Пародонтит
- ♦ Альвеоліт
- ♦ Артроз висково – нижньощелепового суглобу
- ♦ Кровоточивість ясен

- ЕСТЕТИЧНА МЕДИЦИНА**
- ♦ Келлоїдні рубці
- ♦ Ослаблена сполучна тканина
- ♦ Целлоліт
- ♦ Стрії на тілі
- ♦ Зморшки
- ♦ Стани після пластичної хірургії на обличчі
- ♦ Наслідки ін'єкцій гіалуронової кислоти
- ПРОТИПОКАЗАМИ**
- ЛИШЕ Є:**
- ♦ Порушення згортання крові
- ♦ Вагітність
- ♦ Штучний клапан або «водій» серцевого ритму
- ♦ Онкологія в області зони впливу апарату

- ♦ Ламкість судин
- ♦ Тромбози вен нижніх кінцівок
- ♦ Інфекційні вогнища в зоні дії апарату
- ♦ Дітячий вік до 18 років. Процедура не проводиться в зоні активного росту трубчастих кісток

*Консультації та рекомендації по доцільності призначення ударно-хвильової терапії можете отримати за номером +380 68 878 70 74  
Лікар Богдан МОСТЮК.  
Бажаємо Вам  
міцного здоров'я!!!*

## НОВИНИ З РЕГІОНІВ



#### КИЇВ

Київський міський пологовий будинок № 2 отримав почесне звання «Чиста лікарня безпечна для пацієнта», а саме: відділення анестезіології та ІТ з операційним блоком, відділення новонароджених, бактеріологічна лабораторія, гінекологічне відділення, відділення патології вагітності та клініко-діагностична лабораторія. З вітальним словом виступила головний лікар Гончарук Наталія Петрівна і основним «сюрпризом» було вручення статусу на весь заклад представником Асоціації «СОІК».

\*\*\*

ДЗ «Всеукраїнський клінічний медико-реабілітаційний кардіохірургічний центр МОЗ України» у грудні 2017 року пройшов повторну перевірку. Тут чітко налагоджений санітарно-епідемічний режим і робота персоналу. Усі 5 відділень відповідають вимогам проекту «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».

\*\*\*

Для Київського міського пологового будинку № 1 День Св. Миколая став

символічною датою. 19 грудня 6 відділень закладу отримали сертифікат «Чиста лікарня безпечна для пацієнта», а саме: відділення анестезіології та ІТ з операційним блоком, відділення новонароджених, бактеріологічна лабораторія, гінекологічне відділення, відділення патології вагітності та клініко-діагностична лабораторія. З вітальним словом виступила головний лікар Гончарук Наталія Петрівна і основним «сюрпризом» було вручення статусу на весь заклад представником Асоціації «СОІК».

Нагадаємо, що перші вручення відбулися 14 лютого 2017 року (5 відділень), і тоді КМПБ № 1 став першим серед пологових будинків міста Києва, що почав приймати участь у проекті «Чиста лікарня».



Етапи становлення КМПБ № 1 сягають 100-літньої історії, починаючи з 1918 року – заснування пологового будинку, як першого окремого полого-допоміжного закладу у місті Києві і по теперішній день. На сьогодні це 60 висококваліфікованих лікарів, 120 акушерок та медичних сестер, 70 молодших медичних працівників, які щодня супроводжують жінок під час планування та виношування вагітності, пологів та перших днів немовляти.

Серед винагород КМПБ № 1 також хотілося б відзначити підтвердження статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» (2017 рік) і та отримання сертифікату відповідності міжнародного



стандарту ISO 9001:2015 та гармонізованого стандарту ДСТУ ISO 9001:2015. Тут надають високоспеціалізовану медичну допомогу в умовах цілодобового та денного стаціонару. Також заклад має вищу категорію акредитації II рівня надання медичної допомоги та активно співпрацює з іншими медичними закладами II і III рівня.

Це в першу чергу говорить про командну роботу і високий професіоналізм працівників закладу та наполегливість керівництва у досягненні поставлених цілей. Тож бажаємо не зупинятися на досягнутому і дякуємо головній акушерці Дорощ Олені Вікторівні за ініціативу у долученні закладу до проекту «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».



Борисівна запевнила, що колектив лікарні на цьому досягненні не зупиняється та незабаром всі відділення отримують таку відзнаку.

#### ЧЕРКАСИ

Комунальний заклад «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради – це спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, який надає всі види спеціалізованої онкологічної медичної допомоги (включаючи

спеціалізовану паліативну допомогу), проводить активну диспансеризацію, реабілітацію онкологічних хворих.

Кожного року через відділення/центри диспансеру проходить біля 10 тис. хворих, включаючи дітей.

На сьогодні в комунальному закладі «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради розвернуто 430 ліжок у складі стаціонарних відділень/центрів, які мають статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта»:

Всеукраїнський проект «Чиста лі-



карня безпечна для пацієнта» було впроваджено у закладі в квітні 2013 року з відзнакою завдяки невпинним старанням головного лікаря Парамонова Віктора Володимировича та заступника головного лікаря з медсестринства Іщенко Олени Миколаївни. Відділення/центри повністю відповідають вимогам проекту: оснащені сучасними дозуючими пристроями згідно європейських стандартів, налагоджена сучасна система дезінфекції та прибирання приміщень, знезараження медичних виробів.

Для пацієнта головне – безпечність проведення обстежень та медичних процедур і маніпуляцій.

За цей час фахівцями Асоціації «СОІК» було проведено низку майстер-класів та практичних тренінгів, для покращення якості роботи медичного персоналу закладу.

Медичний персонал побачив перевагу систем прибирання – це економія часу, зручність прибирання, результативність.

Нові технології – це новий якісний рівень медсестринських послуг, який повинен стати великою перевагою для здоров'я пацієнтів.

У жовтні 2017 було проведено планову перевірку п'яти відділень закладу, а саме: Онкохірургічне відділення № 1, Онкохірургічне відділення № 2, Обласний центр клінічної онкології (онкохімотерапевтичний), Диспансерно-поліклінічне відділення, Приймальне відділення.

В ході перевірки спеціалістом Асоціації «СОІК» Зубченко Л.В. не було знайдено жодного порушення умов проекту. Завдяки злагодженій роботі медичного персоналу закладу та адміністрації «Черкаський обласний онкологічний диспансер» залишається гарним прикладом для всіх лікувальних установ не тільки міста, а й області.

#### ЛЬВІВ

Комунальна міська дитяча клінічна лікарня м. Львова

здобуває 12 статус «Чиста лікарня – безпечна для пацієнта» 17 січня 2018 року відбулось вручення статусу двом відділенням Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова: відділенню алергології та I педіатричному. Попередні аудити засвідчили дотри-



обробляється і зберігається у спеціальному приміщенні (поза межами медичних кабінетів). Медсестри працюють злагоджено, як один організм, що і забезпечує порядок і ідеальну чистоту їхніх відділень. На врученні статусу «Чиста лікарня – безпечна для пацієнта» були присутні головна медсестра Невінська Любов Михайлівна, Президент Асоціації медичних сестер Львівської області Ірина Шевчук та регіональний представник СОІК Тарас Марія. Цього ж дня відбувся аудит у відділенні офтальмології, що також претендує на вручення відзнаки чистоти. Вітаємо педіатричне відділення № 1 і відділення алергології у сім'ї Чистих лікарень України та бажаємо успіхів у всіх починаннях!

#### ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ сmt. ЛИСЕЦЬ

мання всіх санітарних норм та наказів МОЗ України по санепідрезимі. Старші медсестри ретельно контролюють дотримання медсестрами законодавчих вимог щодо санітарно-гігієнічного режиму у закладі. У відділеннях здійснюється систематичний контроль знезараження інструментарію та використання дезінфекції швидкої дії. Якісно налагоджена зона прибирання: проведення генеральних та поточних

Чи не найважливішим завданням відділень, де з'являються на світ маленькі українці, є створити якнайкращі умови для матері та її новонародженої дитини. Адже кожна жінка має право почувати себе комфортно та в безпеці. На прохання адміністрації Лисецької ЦРЛ у пологовому відділенні був проведений гігієнічний аудит. Фахівці СОІК були приємно вражені, що недалеко від обласного центру є настільки сучасне, гарно обладнане відділення. Відзначили також якісно проведені ремонтні роботи та хороше підтримання чистоти в установі. Було дано рекомендації щодо профілактики розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції, проведено тренінги з медичним персоналом по обробці рук та якісному прибиранню приміщень. Адміністрація закладу, зокрема головний лікар Тарас Скоропад, зробили усе мож-



прибирань, обробка кварцовою лампою у маніпуляційному та процедурному кабінетах проводиться згідно графіків. Інвентар для прибирання має маркування із зазначенням приміщень,

ливе для дооснащення пологового відділення усіма необхідними дозаторами та сучасною системою прибирання, що дозволило досягнути найвищих гігієнічних стандартів. На офіційному відкритті оновленого пологового відділення у присутності депутатів, спонсорів, меценатів, пацієнтів та працівників лікарні відділенню було присвоєно звання Чистої лікарні безпечною для пацієнта, адже воно повністю відповідає вимогам проекту.

#### ДНІПРО

03.11.2017 року фахівцем з інфекційного контролю Асоціації «Служба організації інфекційного контролю» було проведено планову перевірку Дніпровської міської клінічної лікарні № 9 щодо забезпечення санітарно-епідемічного режиму. Перевіркою підтверджено дотримання умов Статуту «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».

\*\*\*

КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «ДОР» 2 листопада 2017 року підтвердив статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Нагадаємо, що даний заклад є одним із перших в Україні, що почав активно приймати участь у проекті. Перше вручення відбулося влітку 2013 року і до весни 2014 року весь центр повністю отримав відзнаку, а на сьогодні це 16 відділень, де надається якісна медична допомога.

Очолоє перинатальний центр головний лікар Падалко Л.І., заслужений лікар України, кандидат медичних наук, кавалер ордена Княгині Ольги III ступеню, Березина закладу, яка стоїть на чолі всього нового та передового, завжди поряд з колективом у його здобутках і негараздах, з вірою в людину та великою любов'ю до хворого.

Перинатальний центр – це самостійний комунальний заклад охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги, акредитований на вищу категорію, розрахований на 4 тис. пологів на рік, в якому передбачено надання високоспеціалізованої медичної допомоги амбулаторно та стаціонарно населенню Дніпропетровської області.

Відповідно до Програми розвит-





ку медсестринства України в КЗ «ДОПЦС зі стаціонаром» ДОР» сформовано всі умови для підвищення ефективності роботи та ролі молодших спеціалістів з медичною освітою в наданні медичної допомоги населенню області.

Значна роль в професійній підготовці та постійному вдосконаленню знань

медичних сестер, акушерок належить Раді медичних сестер перинатального центру, головою якої є Горбач І.І. Головним завданням Ради є виховання широко ерудованого спеціаліста, що вміє аналізувати і систематизувати свої знання та реалізувати їх в практичній діяльності.

Всі маніпуляції і догляд медсестрами здійснюються за розробленими та затвердженими стандартами сестринського догляду, стандартами підготовки пацієнтів до лікувально-діагностичних процедур, локальними протоколами виконання основних маніпуляцій і процедур, епідемічно-безпечними алгоритмами. Медичні сестри та акушерки виконують призначення лікаря, стежать за санітарним та охоронним режимом, доглядають за пацієнтами, створюють позитивний психологічний клімат, надають долікарську медичну допомогу. Контроль за роботою медичних сестер та акушерок за відповідними критеріями. А саме: обходи в відділеннях, дотримання інфекційної безпеки персоналу і пацієнтів, передача зміни, якість виконання лікарських призначень, вчасність обліку та використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, організація лікувального харчування, догляд за важкими та післяопераційними пацієнтами.

Медичні працівники перинатального центру навчаються шляхом участі в роботі загальнолікарняних науково-практичних конференцій, які проводяться з обов'язковим мультимедійним супроводом, в семінарах, що проводяться у відділеннях, а також отримують інформацію і обмінюються досвідом на обласних конференціях та курсах підвищення кваліфікації. Заняття в усіх секціях відбуваються щомісячно, за участю лікарів. У результаті ефективної організації роботи персоналу, значно поліпшилась якість роботи, зросла задоволеність пацієнтів якістю сестрин-



ського догляду та активно проводиться боротьба з ВЛІ.

Сьогодні, як і в усі часи, професія медичного працівника є однією найблагородніших. Адже саме людям в білих халатах випали честь і обов'язок – зберігати, захищати, підтримувати і повертати безцінний дар – життя. Медичні сестри та акушерки закладу розуміють важливість своєї ролі у лікуванні пацієнтів і відповідально відносяться до виконання своїх функціональних обов'язків.

Тож під час планової перевірки весь заклад підтвердив статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта» з чим ми їх і вітаємо та бажаємо не зупинятися на досягнутому.

#### ЧЕРНІГІВ

Хіміотерапевтичне відділення Чернігівського обласного онкологічного диспансеру отримало почесне звання «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Табличка – офіційне підтвердження – вже висить на вході до відділення та візуально засвідчує пацієнтам про стовідсоткову чистоту, на чому акцентувала увагу Людмила Катреча, фахівець Асоціації «Служба організації інфекційного контролю». Саме ця структура і виносила рішення щодо отримання почесної відзнаки.

Як зазначив головний лікар медичного закладу Валерій Зуб, у диспансері це вже друге за рахунком відділення, яке здатне відповідати такому рівню. Першим було

відділення пухлин голови, ший та грудної клітки. Втім колектив має за мету, щоби кожен із підрозділів відповідав сучасним стандартам чистоти.

Поступово до проекту буде задіяне кожне з відділень, адже пацієнт, перебуваючи в санітарних умовах, набуває внутріш-



ньої впевненості та психологічної рівноваги, а його кредит довіри до лікаря збільшується. У свою чергу створена гігієнічна модель дозволяє і медичному персоналу почувати себе в комфортних умовах праці.

Хіміотерапевтичне відділення забезпечили сучасним інвентарем, який себе вже виправдовує якістю прибирання та дозволяє суттєво економити кошти на дезінфікуючих засобах. Вже очно можна побачити, як під час проведення процедур у маніпуляційному кабінеті доступне зручне літкове дозування мила та антисептику, знезараження виробів медичного призначення відразу відбувається у спеціальних маркованих емкостях, шприці після використання спалюються в деструкторах. Важливим також є прибирання приміщень за двовідерною системою, яка, завдяки своїй ергономічності, мінімізує фізичне втручання в цей процес молодшого персоналу, а отже – нівелюється перехресне інфікування



лікарняних поверхонь, досягається значна економія дезінфікуючих розчинів.

За словами завідувача хіміотерапевтичного відділення Сергія Матвійчука, присвоєння статусу «Чиста лікарня безпечна для пацієнта» накладає на медичний персонал значну відповідальність з метою забезпечення високої якості надання медичної допомоги. Втім колектив щоденно готовий доводити практично, що хіміотерапевтичне відділення гідне такого високого звання.

#### МИКОЛАЇВ

На Миколаївщині продовжує розвиватися всеукраїнський проект «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Впродовж 2017 року крок за кроком отримали статус «Безпечних для пацієнта» 14 відділень Миколаївської міської лікарні № 3. А 19.10.2017 отримала почесне звання вся Міська лікарня № 3!

Це перша лікарня у Миколаївській області, яка отримала почесне звання на всі відділення. На сьогодні вже 8 відділень пройшли повторний аудит і підтвердили високий статус відповідності європейським стандартам чистоти та гігієни. На врученні була присутня начальниця управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради Шамрай Ірина Валентинівна. Вона привітала заклад з отриманням статусу та наголосила на престижі та важливості у здобутті такого звання. Нагороду від фахівця СОІК Павловської Ганни Валеріївни отримав головний лікар заслужений лікар України Чеботарьов Олександр Петрович, який виступив з вітальним словом. Він подякував за кропітку та наполегливу працю весь колектив медичного закладу. Привітала усіх і заступник головного лікаря з медичної частини Шульгіна Надія Андріївна, яка ініціювала цей проект в закладі. Вона зазначила, що міська лікарня № 3 м. Миколаїв приєдналась до проекту в кінці 2016 року з метою отримати за допомогою Асоціації «Служба організації інфекційного контролю» чітку налагоджену систему гігієни, підготовлений практично та обізнаний теоретично персонал, престиж та публічне схвалення. Шульгіна Надія Андріївна висловила особливу вдячність медичним сестрам міської лікарні № 3.

А 30.11.2017 року на обласній річній конференції президент Асоціації медичних сестер Миколаївської області Кубріна Тетяна Сергіївна взяла самовідвід та запропонувала на пост президента Асоціації Шульгіну Надію Андріївну, за яку одногослосно проголосували 293 медичних сестри. Наші щирі вітання Шульгіній Надії та побажання успіхів та удачі!

## ЧОМУ МОЖУТЬ ВИНИКАТИ НИЮЧІ АБО ГОСТРІ БОЛІ В СУГЛОБІ?

Однією з найбільш поширених причин болювих відчуттів в СУГЛОБАХ Є ОСТЕОАРТРОЗ.

Що це таке? Остеоартроз - це дегенеративне захворювання суглобу, при якому стирається поверхня хряща. Природа виникнення остеоартрозу може бути різною: це і порушення метаболізму, і ендокринні захворювання, і травми, а можуть бути і вроджені аномалії, такі, як дисплазія. Часто лікарі починають сипати термінами, і їх пояснення можуть бути незрозумілими. Щоб було простіше зрозуміти, що таке остеоартроз - давайте уявимо, що наша нога - це двері. Нехай стіна - це стегно, а самі двері - гомілка. Двері висять на петлі, це наш суглоб. Суглоб, як дверна петля - просто шарнір. Як і будь-яке рухоме з'єднання, ця дверна петля (наш суглоб) з часом зношується і не дає той обсяг рухів, що були можливі, коли вона була новою. Крім того, рухи можуть потребувати додаткових зусиль, може виникнути скрегіт, двері можуть перекоситись і так далі. Якщо нічого не робити і продовжувати активно користуватись дверима на зношеній петлі, до чого це може привести? Двері можуть або заклинити, або вони просто відірвуться. На наше щастя в разі повного зносу суглоба нога, звичайно ж, не відірветься, але заклинити її може легко. Правда, до цього Ви будете відчувати сильний біль - спочатку при ходьбі, а потім і в стані спокою.

Що ж відбувається в петлі під час її використання, що в експлуатації призвело до її зносу? Факторів може бути безліч: знос металу, його корозія, неправильне встановлення (дисплазія), хтось повис на дверях (травма) і так далі. Все це призводить до того, що окремі частини або петля повністю зношуються і не можуть далі функціонувати як раніше.



Дрібні шматочки іржі потрапляють в рухому частину, змінюють в'язкість машинного масла в петлі, дряпають внутрішню поверхню петлі, викликаючи додаткові сколи й нове сміття всередині механізму. Що ми робимо, щоб петля служила довше? Змащуємо її новим маслом, якщо в механізмі багато іржі - чистимо, і знову ж заливаємо нове мастило. Якщо петля зносилась так, що відремонтувати її неможливо - міняємо її. Всі ці порівняння не просто так: під додаванням машинного масла, у випадку з суглобом, ми маємо на увазі ін'єкції гіалуронової кислоти, під очищенням від зайвого сміття - артроскопію, а під заміною петлі - заміною суглоба, тобто серйозну і травматичну операцію, при якій Ваш суглоб, який зносився, видаляють, а на його місце встановлюють штучний.

Бажано мінімізувати можливість початкового ушкодження суглоба. Для цього слід правильно харчуватися і вести активний образ життя, займатися спортом. Але спортом потрібно займатись правильно, адже саме недбале ставлення до спортивних вправ є частою причиною травм. Якщо говорити про біг - з ним теж треба бути акуратним, бігати тільки у відповідному взутті, з амортизу-



ючою підшовою. Бігті обов'язково потрібно м'яко, не можна «гупати» на кожному кроці. Якщо Ви бігаєте важко і ще й, наприклад, в кедах - прискорений знос хряща і, як наслідок, артроз Вам забезпечені.

Але що робити, якщо суглоби вже почали боліти? Йти до лікаря. Відразу. Як тільки почало боліти. Основна складність в лікуванні суглоба полягає в тому, що, якщо артроз почався - лікувати його не можливо. Можливо лише зупинити подальше руйнування хряща. Те, що було стерто - назад не повернеш. Не варто сподіватися на чудодійні мазі, таблетки з хондроїтином і глюкозаміном або припарки з гір Тянь-Шань. Як тільки з'являється дискомфорт в суглобі - одразу до лікаря ортопеда або ревматолога і, бажано, з нещодавно зробленим рентгеном.

Якщо Вам діагностували артроз, до цього потрібно поставитися серйозно. Якщо нічого не робити - хвороба прогресуватиме, стираючи міліметр за міліметром дорожчий хрящ і підводячи все ближче і ближче до ендопротезування - операції по заміні суглоба, яка обійдеться не в один десяток тисяч гривень. Але виникає питання - що ж саме робити? Чим зупинити розвиток хвороби, яка при халатному ставленні зробить Вас інвалідом за кілька років?

Основне, що потрібно розуміти - артроз вимагає уваги. Варто уникати зайвих навантажень на суглоб - не навантажувати зайвою вагою, уникати інтенсивних тренувань, але при цьому намагатися ходити (не спортивна ходьба, а просто прогулянки). Попросіть свого лікаря підібрати для Вас відповідні вправи. Не забувайте про харчування - бульйони, холодець, заливна риба, желе, яйця - все це продукти, що містять важливі для хряща елементи. Часто для того щоб додати необхідних для хряща елементів (а це в основному хондроїтин і глюкозамін) призначають, так звані, хондропротектори. Але, як показали дослідження - ці препарати, на жаль, ефекту не дають, і останнім часом в Європі і Америці препарати цієї групи віднесли до категорії біологічно активних добавок (БАДи), і страхова медицина їх більше не покриває. Добре, що, не дивлячись на сумнівну корисність і ефективність цих препаратів, шкоди вони теж не завдають, хіба що Вашому гаманцю (коштують ці препарати не дешево).

З медичних препаратів дійсно ефективні Діацереїн (назва діючої речовини) і внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти. Крім цього варто взяти до уваги ін'єкції збагаченої плазми крові.

Діацереїн в Україні був відомий під торговою маркою Артродар, якого, на жаль, зараз на ринку немає. Але є індійські аналоги. Особливість діацереїну в тому, що він має протизапальні, анальгетичні, жарознижувальні і хондропротекторні властивості, стимулює ріст хрящової тканини. Але приймати такий препарат потрібно довго, піврічними курсами. Перший ефект Ви відчуєте не раніше, ніж через 3-4 тижні. Слід зазначити - **ПРИЗНАЧАТИ ПРЕПАРАТ І РОЗПИСУВАТИ СХЕМУ ЛІКУВАННЯ МАЄ ТІЛЬКИ, ТІЛЬКИ!, ЛІКАР.** Так само потрібно врахувати, що системний вплив даної діючої речовини на хрящ дуже повільний, і використовувати його потрібно тільки в поєднанні з ін'єкціями гіалуронової кислоти, яка змащує і живлячи хрящ, запобігає його подальшому стиранню.

Перед тим, як говорити про гіалуронову кислоту, спочатку потрібно зрозуміти, що таке наша внутрішньосуглобова (синовіальна) рідина і яку функцію вона несе. Повертаючись до нашої аналогії з дверною петлею: внутрішньосуглобова рідина - це машинне масло або солідол. Виконуюча функцію солідолу в нашому суглобі синовіальна рідина має в складі гіалуронову кислоту, розчинену в плазмі крові. Плазма крові - кров, очищена від червоних кров'яних тілець. Суглоб - замкнута система, на вході в суглоб на судинах стоять «фільтри», які відсіюють з крові все зайве, залишаючи мутнувату рідину з підвищеним вмістом тромбоцитів (елемент крові, необхідний для регенеративних процесів). Гіалуронова кислота ж, - це складне білкове з'єднання, що забезпечує необхідні в'язко-еластичні властивості нашої синовіальної рідини. Одним з основних показників гіалуронової кислоти, що впливають на в'язко-еластичні властивості рідини, є молекулярна вага. Молекулярна вага вимірюється в дальтонах (Да) - це кількість повторень одного базисного елемента молекули. 1 Да - одне повторення, 1 мільйон Да - 1 мільйон повторень. Це досить грубе, але зрозуміле пояснення.

Дослідження показали, що в залежності від молекулярної ваги гіалуронова кислота забезпечує дещо різні функції. За молекулярною вагою гіалуронову кислоту прийнято розділяти на 3 групи: низькомолекулярна до 1000 кДа, середньомолекулярна до 2,4 мільйона Да та високомолекулярна - все, що вище. В результаті досліджень з'ясувалось, що низькомолекулярний гіалуронат швидше знімає запалення, середньомолекулярний має кращі показники в'язкості і еластичності, високомолекулярний не має ніяких переваг у порівнянні з середньомолекулярним, але є більш сприятливим середовищем для бактерій, і чим вище молекулярна вага, тим вище ймовірність отримати ускладнення при його введенні. Тому звертайте увагу на те, який препарат гіалуронової кислоти Ви купуєте. Не варто колоти препарати з вагою понад 2,4 мільйона Да.

З яких би причин не почався артроз - він викликає запалення. Намагаючись зняти запалення, організм знижує молекулярну вагу гіалуронової кислоти, яку виробляє. Так включається замкнений механізм, при якому запалення, сформоване тертям поверхонь хряща, викликає зниження молекулярної ваги гіалуронової кислоти, яка стає недостатньо в'язкою, щоб надавати необхідний ефект змащування, що призводить до додаткового тертя, яке в свою чергу викликає більше запалення, що призводить до ще більшого зниження молекулярної ваги вироблюваної гіалуронової кислоти. Коло замкнулось. Розірвати його можна тільки внутрішньосуглобовим введенням гіалуронової кислоти, яка відновить в'язкість синовіальної рідини.

На жаль, внутрішньосуглобові ін'єкції - єдиний, на сьогодні, спосіб призупинити подальше руйнування хряща. І ін'єкції ці потрібно робити регулярно. Залежно від технічних характеристик препаратів, курсу лікування може вистачити від 6 місяців до року. Якщо Вам кажуть, що ін'єкції вистачить більш ніж на рік - не вірте, таких препаратів не існує. Організм досить швидко руйнує введену гіалуронову кислоту і рік ефекту - максимум, якого вдалося досягти.

Препарати гіалуронової кислоти можна розділити на чотири групи: одноін'єкційні (однієї ін'єкції досить на рік лікування), трьох ін'єкційні (той

же ефект Ви отримаєте після трьох ін'єкцій з періодичністю в тиждень), п'яти ін'єкційні (5 уколів з проміжком в тиждень) і окремо потрібно виділити інші препарати, які дають ефект менше року. Вони можуть бути з додаванням додаткових речовин або з великим об'ємом шприца (більше 2 мл), такі препарати після однієї ін'єкції можуть давати ефект від 3 місяців до півроку.

Частою проблемою, в наших реаліях, є обман з боку продавця препарату. Щоб Вас не обманули - будьте пильні. Є простий спосіб зрозуміти, що препарат дасть ефект на один рік: якщо препарат не стабілізований (ще це називають крос-лінкований), то однієї його ін'єкції на рік не вистачить. Трьох ін'єкційний препарат: шприц

2 мл, концентрація 2%, молекулярна вага близько 2 мільйонів Да (1,8 - 2,4). П'яти ін'єкційний: 2 мл шприц, 1% концентрації, молекулярна вага не має значення (головне, щоб не вище 2,4 мільйона Да).

Якщо Вам кажуть, що однієї ін'єкції нестабілізованого гіалуроната вистачить на рік - не вірте. Якщо говорять, що стабілізований - перевірте (на упаковці стабілізованих препаратів завжди є напис CROSSLINKED). Якщо такого напису немає - препарат не стабілізований. Якщо Вам кажуть, що 1% препарат потрібно колоти 3 рази, це теж не так - такі препарати необхідно колоти 5 разів. Проблема полягає в тому, що продавець, користуючись великою кількістю препаратів на рику, обманює не тільки Вас, але і лікаря, який помі-

тить неефективність препарату далеко не відразу.

З наявних на ринку препаратів варто виділити Crespine Gel + - мабуть єдиний дійсно одноін'єкційний препарат в Україні (були і інші Durolan, Fermatron S, HappyCross і так далі, але зараз їх не знайти), крім того, це єдиний препарат із вбудованим анестетиком (знеболюючим), що спрощує, як процес самого введення, так і зменшує неприємні відчуття після нього. Або Biolevox - трьохін'єкційний препарат, який має прекрасне співвідношення якості / ціна.

Автор: Лікар ортопед-травматолог Боровик Олександр Олександрович

Якщо у Вас виникнуть будь-які питання щодо хвороби або способів лікування, телефонуйте лікарю за номером: +38 093 700 75 07

## РОЗРАХУНОК ПРИБИРАЛЬНОГО ІНВЕНТАРЯ ДЛЯ ПОТОЧНОГО ТА ГЕНЕРАЛЬНОГО ПРИБИРАННЯ ЛІКАРНЯНОГО ВІДДІЛЕННЯ.

Згідно наказів №№ 236, 234 та методичних рекомендацій розрахунок проводиться таким чином.

Поточне прибирання	Генеральне прибирання
Враховується:	
Кількість поточних прибирань на добу	Кратність проведення генеральних прибирань
Кількість персоналу, одночасно задіяного в процесі прибирання	Покриття стін та стелі
Покриття підлоги	Площа стін та стелі
Кількість, режим та площа приміщень	Максимальна кількість приміщень, які обробляються одночасно
Кількість поверхонь вище підлоги, які підлягають обробці під час поточного прибирання	Максимальна кількість приміщень, які обробляються за одну добу
Можливості організації прання, сушіння та зберігання текстильних виробів (мопів та серветок)	Кількість персоналу, одночасно задіяного в процесі прибирання
_____	Наявність важкодоступних місць
_____	Можливості організації прання, сушіння та зберігання текстильних виробів (мопів та серветок)



Таблиця даних для розрахунку відділення

Кількість приміщень	м <sup>2</sup>	Кількість поверхонь, що обробляються	Призначення приміщення (режим)	Кількість прибирань на добу	Кількість персоналу	Підлога
10	20	12	Палати	2	2	Ламінат
10	3	8	Санвузли в палатах	2	2	Кахель
10	2	10	Душ в палатах	2	2	Кахель
1	15	8	Завідуючий відділенням	2	2	Ламінат
1	20	15	Ординаторська	2	2	Лінолеум
1	20	8	Сестринська	2	2	Лінолеум
1	15	8	Старша сестра	2	2	Лінолеум
1	10	8	Сестра господиня	2	2	Лінолеум
1	40	15	Коридор	2	2	Лінолеум
1	5	3	Роздягальня	2	2	Лінолеум
1	20	10	Їдальня	28	2	Лінолеум
1	20	8	Роздаточна	2	2	Лінолеум
1	18	15	Маніпуляційна	2	2	Кахель
1	19	15	Перев'язувальна	2	2	Кахель
1	20	15	ПІТ	2	2	Кахель
1	6	10	Душова	2	2	Кахель
1	6	8	Туалет персоналу	2	2	Кахель
2	6	8	Туалет для відвідувачів	2	2	Кахель

Виходячи з цих даних розраховуємо кількість та якість інвентарю для прибирання.

# ЕВКАЛІПТОВИЙ

## грудний бальзам

### РОЗІГРІВАЮЧИЙ ПРИ ЗАСТУДІ

- ✓ ефірна олія евкалипта
- ✓ ефірна олія чайного дерева
- ✓ скипидар живичний
- ✓ камфора
- ✓ ментол
- ✓ ТИМОЛ

- Комплекс ефірних олій евкалипта та чайного дерева мають антибактеріальну, протівірусну та протизапальну дію
- Ментол і камфора чинять місцеву подразнюючу дію, сприяють зменшенню набряку слизових оболонок, покращують виділення слизу та полегшують дихання
- Тимол має антисептичну дію



ЛИЗОФОРМ  
рекомендує!

### СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ:

Дорослим та дітям від 3 років: невелику кількість бальзаму нанести та повільно втирати масажними рухами на відповідній ділянці шкіри: при кашлі (ГРВІ, бронхіт, застуда) – на ділянки грудної клітини, шиї та стоп; при головному болю – на шкіру скроневої області, при болях у м'язах – на відповідні ділянки. Процедуру можна повторювати до 3-х разів на добу протягом 3–5 днів.

Супільно-домашня медична газета Асоціації "СОЖ"  
**ЧИСТА ПРАВДА**  
 Засновники – творчий колектив редакції та Асоціація "Служба організації інформаційного контролю".  
 Виходить з 1 вересня 2013 року як додаток до газети "Младостра Галичина".  
 Реєстраційне свідоцтво ІВ № 672 від 6.12.2004 р.

Спілкування з автором тільки на сторінках газети. Відповідальність за зміст матеріалів та реклами несуть автори та рекламодавці. При передруку посилання на газету "Чиста правда" обов'язкове. Позиція редакції може не співпадати з авторською.