

Приложение  
к приказу управления здравоохранения  
Липецкой области  
«О повышении эффективности постконтактной  
профилактики и снижении профессионального  
риска инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами  
В и С и признании утратившим силу приказа  
управления здравоохранения Липецкой области  
от 27 октября 2011 года № 1040 «Об организации  
постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции  
среди населения области»

**АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ,  
ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В и С**

(методические рекомендации)

Липецк 2016 год

## Содержание:

1.	Область применения	стр. 2
2.	Введение	3-4
3.	Общие требования по организации профилактики профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С медицинских работников	4-5
4.	Первичная обработка при загрязнении кожи и слизистых кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах	5-7
5.	Формы акта о медицинской аварии в учреждении	7-8
6.	Журнал учёта аварийных ситуаций у медработников и постконтактной профилактики	9
7.	Форма учета и отчетности по использованию антиретровирусных препаратов	10
8.	Форма отчета об использовании экспресс тестов на ВИЧ-инфекцию	10
9.	Порядок диспансерного наблюдения за медицинскими работниками, пострадавшими в аварийных ситуациях, также лицами, получившими травму в быту	11
10.	Стандартные меры предосторожности	11-12
11.	Основные меры профилактики и правила техники безопасности на рабочем месте	12-13
12.	Защитные средства и оборудование	13-14
13.	Индивидуальные средства защиты и их использование	14-15
14.	Нормативные документы	15

### 1. Область применения

1.1. Методические рекомендации разработаны в соответствии с действующими нормативными документами и содержат сведения по организации профилактики профессионального инфицирования гемоконтактными инфекциями медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ - инфекцией.

1.2. Приведены данные о распространении ВИЧ/СПИД-инфекции в Липецкой области и результаты ретроспективного анализа аварийных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

1.3. Данные методические рекомендации предназначены для специалистов организаций, осуществляющих медицинскую деятельность независимо от форм собственности, студентов средних учебных заведений медицинского профиля.

Введены в действие нормативные документы, регламентирующие аспекты профилактики профессионального инфицирования медицинских работников (СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические определяют требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность») в части профилактики профессионального инфицирования медицинских работников ВИЧ-инфекцией. Однако практическое их применение требует дополнительного разъяснения и повышения эффективности постконтактной профилактики профессионального инфицирования медицинских работников, определяет назначение ответственных лиц за обеспечение доступности диагностических экспресс тестов в лабораториях медицинских организаций и антиретровирусных препаратов при проведении постконтактной профилактики.

## 2. Введение

Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Липецкой области остается напряженной. На 1 сентября 2016 года распространенность ВИЧ среди населения области составила 219,6 на 100 тыс. населения (в РФ 570,0 на 100 тыс.).

По оценочным данным истинное число ВИЧ-инфицированных в области превышает число выявленных в три раза. В обществе увеличивается прослойка группы риска и уязвимых групп, выявление ВИЧ-инфекции среди которых превышает уровень в общей популяции в несколько раз. В течение 2013-2016 годов увеличилась доля ВИЧ-инфицированных, получивших медицинскую помощь в медицинских организациях в 1,5 раза.

В связи с ростом числа лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, особенностью клинического течения заболевания, увеличивается число ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в стационарном лечении, при этом возрастает риск инфицирования медицинского персонала при выполнении функциональных обязанностей.

Зачастую при оказании медицинской помощи требования СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» выполняются не в полном объеме. Не всегда направляются образцы сыворотки крови в лабораторию ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ», после проведения экспресс тестирования для дальнейшего исследования классическим методом и хранения данных образцов в течение 12 месяцев.

Медицинские аварии регистрируются практически во всех медицинских организациях области. В основном травмируется средний медицинский персонал (медицинские сестры, фельдшеры, лаборанты, акушерки). Доля травмированных в возрастной структуре от 20 до 39 лет медицинских работников превышает 60%. Наиболее часто аварийные ситуации происходят в отделениях хирургического, акушерско-гинекологического профиля, отделениях реанимации, травматологии, подразделениях скорой медицинской помощи. Наибольшую часть аварийных ситуаций составляют проколы иглой кистей рук, порезы инструментами, попадание крови на поврежденную и неповрежденную кожу или слизистые.

По определению ВОЗ - «профессиональный контакт - это контакт с кровью или с другими биологическими жидкостями вследствие попадания их под кожу, на слизистые или поврежденную кожу, произошедший при выполнении служебных обязанностей. Профессиональный контакт возможен у медицинских работников и у людей некоторых других профессий». Опасность заражения ВИЧ при выполнении служебных обязанностей представляют ранения загрязненными (инфицированными) острыми инструментами (скальпелем, иглой), контакт через поврежденную кожу (трещины, ссадины) или слизистые.

Риск заражения при профессиональном контакте зависит от формы контакта и количества опасного материала. При ранении острым инструментом риск заражения составляет около 0,23%, при контакте со слизистыми 0,09%.

Факторами, повышающими риск возникновения аварийной ситуации и, соответственно, инфицирование ВИЧ, являются:

- глубокое (внутримышечное) повреждение;
- ранение, при этом загрязненный инструмент попадает в кровеносный сосуд;
- ранение полой иглой;
- высокий уровень вирусной нагрузки у пациента - вероятного источника заражения;
- увеличение нагрузки на средний медицинский персонал;
- большинство травм возникает в первый и последний час работы;
- ограниченное количество времени для выполнения большого и разнопланового объема различных манипуляций, объектов наблюдения;
- опыт и стаж работы персонала до 5 лет;
- частое игнорирование медицинскими работниками средств индивидуальной защиты;

Для предотвращения профессионального инфицирования медицинских работников необходимо:

- ограничение или устранение опасности контактов с инфицированным материалом;

- организация безопасных условий труда;
- непрерывное обучение персонала методам профилактики профессионального инфицирования;
- правильная организация рабочего места, уменьшающая контакт с колющими и режущими предметами;
- проведение иммунизации медицинского персонала в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок;
- основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВИЧ, гемоконтактными вирусными гепатитами В и С является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в соответствии с установленными требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», а также СанПиН 3.1.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»;
- профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция и др.)

С целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией проводится:

- комплекс мероприятий по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ;
- учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм в медицинских организациях, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые;
- при аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ, гепатитами В и С;
- пострадавший медицинский работник должен иметь доступ к обследованию методом экспресс - тестирования в лаборатории медицинской организации, с проведением до- и после - тестового консультирования и оформления информированного согласия на обследование и постконтактную профилактику;
- как можно раньше получить консультацию ответственного лица за постконтактную профилактику или врача инфекциониста по назначению антиретровирусных препаратов. Оптимально, до 2-х часов после травмы принять лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин, при отсутствии данных препаратов принять любой один или два из имеющихся антиретровирусных препаратов с обязательной информацией специалистов ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» (телефон 8(4742) 34-12-49, 36-13-25 дежурный 8(4742) 34-20-70).

### **3. Общие требования по организации профилактики профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С медицинских работников**

1. Все медицинские работники, осуществляющие любые манипуляции, а также младший медицинский персонал медицинских организаций независимо от формы собственности должны быть привиты против гепатита В (вакцинальный комплекс, состоящий из 3-х прививок и ревакцинация 1 раз в 5-7 лет) с учетом проведенного мониторинга напряженности иммунитета у привитых.

2. Первичная медицинская помощь медицинским работникам, пострадавшим в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией в рабочие дни оказывается в медицинской организации по месту работы, в выходные дни в соответствии с пунктами 3,5 настоящего приказа.

3. Приказом руководителя медицинской организации, определяется ответственное лицо (или несколько лиц) за раздел работы по профилактике профессионального инфицирования и место (места хранения диагностических экспресс тестов и антиретровирусных препаратов, к которым должен быть обеспечен круглосуточный доступ, в том числе в выходные и праздничные дни).

4. Каждый медицинский работник должен быть ознакомлен с приказом под личную подпись и пройти обучение по вопросам профилактики профессионального инфицирования со сдачей зачета с записью в журнале получения инструктажа на рабочем месте.

Медицинским работникам, не прошедшим инструктаж (обучение) по вопросам профилактики профессионального инфицирования после регистрации аварийных ситуаций в учреждении незамедлительно необходимо провести внеочередной инструктаж на рабочем месте.

#### **4. Первичная обработка при загрязнении кожи и слизистых кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах**

При возникновении аварийной ситуации необходимо:

- обработать место повреждения в зависимости от вида травмы;
- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы - это место обрабатывают 70% спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70% спиртом;
- при попадании крови и других биологических жидкостей на слизистые оболочки глаз, носа - их сразу промывают водой (не тереть);
- при попадании крови и других биологических жидкостей на слизистую оболочку полости рта - прополоскать большим количеством воды, затем прополоскать 70% спиртом;
- при уколах и порезах немедленно снять перчатки, промыть место повреждения проточной водой с мылом, если кровь течет – то не останавливать, осторожно выдавить из ранки кровь, еще раз промыть ранку с мылом, затем обработать 70% спиртом и 5% спиртовым раствором йода;
- в возможно короткие сроки после контакта обследовать на ВИЧ и вирусы гепатитов В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контактировавшего с ним медицинского работника (с проведением до- и после - тестового консультирования и получения информированного согласия на обследование). Обследование на ВИЧ проводят методом экспресс - тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из этой же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА в лабораторию ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ». Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица передают для хранения в течение 12 месяцев в лабораторию ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» по адресу: г. Липецк, ул. Гагарина д.135, тел 34-20-75, 8-910-351-70-78;
- сообщить об аварийной ситуации лицу, ответственному за профилактику профессионального инфицирования гемоконтактными инфекциями, или заведующему, дежурному администратору;
- зарегистрировать аварию в «Журнале регистрации аварийных ситуаций в отделении» (образец № 6 Алгоритма);
- если пострадавший медицинский работник – женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить наличие грудного вскармливания;
- при положительном (сомнительном) результате обследования пациента (потенциального источника) на ВИЧ-инфекцию по результатам экспресс-теста - как можно быстрее (в течение первых 2 часов) начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ;
- при отрицательном результате в экспресс-тесте на ВИЧ необходимо оценить степень опасности пациента, как источника инфекции по данным анамнеза (употребление наркотиков, частая смена половых партнеров, следы инъекций на руках, других участках тела). При высокой степени риска назначаются стандартные антиретровирусные препараты (лопинавир/ритонавир 200мг/50мг - 2 таблетки 2 раза в сутки во время еды + зидовудин/ламивудин 300мг/150мг по 1 таблетке 2 раза в сутки во время еды;

- при высокой степени вероятности нахождения пациента в серонегативном окне и отрицательном результате обследования необходимо начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ;

- если пациент инфицирован ВИЧ, выяснить, получает ли он антиретровирусную терапию, спросить какая вирусная нагрузка, открытие диагноза перепроверяется экспресс-тестированием;

- стандартная схема постконтактной профилактики заражения ВИЧ – лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин, при отсутствии данных препаратов для начала химиопрофилактики могут использоваться любые другие антиретровирусные препараты; если невозможно сразу назначить полноценную схему ВААРТ, начинается прием одного или двух имеющихся в наличии препаратов, кроме невирапина и абакавира. В качестве альтернативной схемы АРВТ назначить можно тенофовир 300мг (1 таблетка в сутки)+эмтрицитабин (200мг-1 таблетка в сутки, или ламивудин 300мг-1 таблетка в сутки, или 150 мг-2-таблетки в сутки), а также ставудин (30 мг-2 раза в сутки)+ламивудин (300мг-1 раз в сутки или 150мг-2 раза в сутки). Преимущество схем из 3-х АРВП перед двумя АРВП не доказано, есть данные о хорошей переносимости 2-х компонентной профилактики;

- рекомендуется как можно более раннее начало антиретровирусной профилактики (в первые 2 часа после аварийной ситуации). Если с момента возможного инфицирования прошло более 72 часов, начинать постконтактную профилактику нецелесообразно, однако проведение психологического консультирования пострадавшего просто необходимо и оправдано;

- все назначенные для постконтактной профилактики, АРВ - препараты применяются в течение 30 дней;

- не вакцинированному медицинскому работнику, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0—1—2—6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3—4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медицинского работника, целесообразно определить уровень анти НВsAg в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/мл и выше, вакцинопрофилактика против гепатита В не проводится, при отсутствии антител – целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины;

- далее необходимо оформить акт произошедшей аварии с участием очевидцев и взять у них объяснительные (образец № 5 Алгоритма);

- для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, пострадавшие в день обращения должны быть направлены в ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» к врачу эпидемиологу и врачу инфекционисту (прошедшему подготовку по постконтактной профилактике).

- пострадавший медицинский работник должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода). Поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ - (в течение 12 месяцев он не может быть донором, а при половых контактах использовать презерватив);

- в аптечку для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией должны входить:  
70% спирт;

5% спиртовой раствор йода;

бинт, вата, салфетки, ножницы, глазные пипетки (2 шт.);

лейкопластырь;

- попадание крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду персонала не связано с риском профессионального инфицирования ВИЧ (если не произошло попадание на кожные покровы и слизистые оболочки);

- при загрязнении биологическими жидкостями рабочей одежды необходимо снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор (режим дезинфекции, как при вирусном гепатите В, возможно автоклавирование по режиму утилизации;

- обо всех случаях аварийной ситуации необходимо информировать заведующего отделением, дежурного администратора с записью в журнале аварийных ситуаций, обратиться к ответственному лицу за назначением постконтактной профилактики АРВП, передать информацию в ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ». Ответственное лицо (эпидемиолог, заведующий поликлиникой или заместитель главного врача) составляют «Акт о медицинской аварии в учреждении».

## 5. Формы акта о медицинской аварии в учреждении и журнала регистрации несчастных случаев в медицинском структурном подразделении

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_ (подпись, фамилия, инициалы руководителя)

« \_\_ « \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

М.П.

### АКТ № \_\_\_\_\_ о медицинской аварии в учреждении

1. Дата и время медицинской аварии \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год и время происшествия медицинской аварии)

2. Учреждение, работником которого является пострадавший

\_\_\_\_\_ (полное наименование, место нахождения, юридический адрес, фамилия, инициалы руководителя)

3. Наименование структурного подразделения \_\_\_\_\_

4. Сведения о пострадавшем медицинском работнике:

фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

пол (мужской, женский) \_\_\_\_\_

дата рождения, «\_\_» \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ полных лет

5. Наличие беременности \_\_\_\_\_ срок \_\_\_\_\_ недель

6. Профессия (должность) \_\_\_\_\_

стаж работы \_\_\_\_\_ в т.ч. в данной профессии \_\_\_\_\_

7. Лица, расследовавшие случай медицинской аварии \_\_\_\_\_

8. Сведения о проведении инструктажей по профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией:

Вводный инструктаж \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Инструктаж на рабочем месте/первичный, повторный, внеплановый, целевой/(нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

9. Краткая характеристика места, где произошла медицинская авария \_\_\_\_\_

10. Обстоятельства медицинской аварии, дата регистрации в журнале медицинских аварий \_\_\_\_\_

11. Характер полученных повреждений и орган, подвергшийся повреждению (колотая рана, поверхностная или глубокая ссадина, прокол загрязненной иглой, загрязнение инфицированной кровью или другими биологическими жидкостями поврежденной кожи и слизистой оболочки и т.д.): \_\_\_\_\_

12. Наличие барьерных средств защиты во время аварии (спецодежда, перчатки, очки, маска, фартук и т.д.) \_\_\_\_\_

13. Мероприятия по обеззараживанию места аварии \_\_\_\_\_

14. Причины медицинской аварии (указать основную и сопутствующие причины) \_\_\_\_\_

15. Очевидцы аварии \_\_\_\_\_

16. Характеристика предположительного источника инфекции:

результаты обследования пострадавшего на ВИЧ-инфекцию: экспресс диагностика (дата, результат) \_\_\_\_\_

ИФА (дата, результат) \_\_\_\_\_

ИБ (дата, результат) \_\_\_\_\_

ВИЧ статус больного, регистрационный № ВИЧ, дата выявления ВИЧ-инфекции \_\_\_\_\_

АРВТ терапия \_\_\_\_\_

иммунный статус \_\_\_\_\_

вирусная нагрузка \_\_\_\_\_

результаты обследования на ВГВ (дата, результат) \_\_\_\_\_

результаты обследования на ВГС (дата, результат) \_\_\_\_\_

данные эпиданамнеза, свидетельствующие о высокой вероятности нахождения пациента в серонегативном окне:

17. Дата и время начала пострадавшему АРВТ \_\_\_\_\_

(если АРВТ не проводилась, указать причину) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_

Руководитель подразделения МО \_\_\_\_\_

Лицо, ответственное за охрану труда и технику безопасности персонала МО \_\_\_\_\_





## 7. Форма учета и отчетности по использованию антиретровирусных препаратов

### Журнал учета АРВП\*

Приход				расход						Остаток
дата получения	Наименование препарата, серия, срок годности	Лекарственная форма	Количество	Дата выдачи	ФИО	Пол	Дата рождения	адрес	Количество выданного препарата	

\*учет ведется отдельно по каждому имеющемуся в наличии препарату с указанием серии и срока годности препарата.

Порядок получения и отчетности по использованию антиретровирусных препаратов осуществляется, согласно правилам предоставления и распределения иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в региональный бюджет, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 года № 1438 и в соответствии с приказом управления здравоохранения Липецкой области от 13 июня 2013 года № 495 «О финансовом обеспечении закупок и правил передачи диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга, лечения и лечения лиц, инфицированных ВИЧ».

## 8. Форма отчета об использовании экспресс тестов на ВИЧ-инфекцию

### О Т Ч Е Т

об использовании простых/быстрых тестов  
на ВИЧ-инфекцию в ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ»

\_\_\_\_\_ (наименование МО)

за \_\_\_\_\_ месяц 20\_\_ г.  
ежемесячно

№ п./п.	ФИО пациента	пол	Год рождения	код	Дата обследования	Результат	ФИО Врача-лаборанта КДЛ	Наименование т/с, серия	Расход за месяц		Остаток	
									Кол-во	Срок годности	Кол-во	Срок годности

Главный врач

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Исполнитель: \_\_\_\_\_

ФИО, тел.

## **9. Порядок диспансерного наблюдения за медицинскими работниками, пострадавшими в аварийных ситуациях, также лицами, получившими травму в быту**

1. Для осуществления диспансерного наблюдения пострадавший медицинский работник должен быть направлен в ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» с целью коррекции схемы профилактики и определения времени контрольных лабораторных исследований на ВИЧ.

2. Сроки диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших при аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией - 1 год, периодичность явки на прием к инфекционисту и обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в ближайшие часы после аварийной ситуации, в дальнейшем - через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

3. Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ - инфекции (в течение 12 месяцев. Он не может быть донором, половые контакты у пострадавшего должны быть только защищенные).

4. При первичном обращении лица, пострадавшего в бытовой аварийной ситуации без риска инфицирования ВИЧ, гемоконтактными гепатитами В и С, пациент на диспансерный учет не берется, наблюдение осуществляет принимающий врач-хирург, терапевт, инфекционист, фельдшер и др.

5. В случае наличия факторов риска инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными вирусами гепатитов В и С:

- изнасилование;
- травма, полученная использованной полый инъекционной иглой или режущим предметом с наличием крови неизвестного человека;
- травма, полученная с нарушением кожных покровов, слизистых при оказании взаимопомощи, первой доврачебной помощи пострадавшим в дорожно - транспортной аварии, с попаданием крови человеку, оказывающему помощь.

6. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции, гемоконтактных вирусных гепатитов В и С пострадавшим, имеющим вышеперечисленные (п.5) высокие факторы риска, оказывается по алгоритму оказания помощи медицинским работникам при выполнении функциональных обязанностей с заполнением амбулаторной карты на контактного (лица, пострадавшего в бытовой аварийной ситуации), и консультации специалистов ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ».

7. Данные о контактных при медицинских аварийных ситуациях для диспансерного наблюдения и лабораторного обследования вводятся в электронную базу данных ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» на основании карты эпидемиологического расследования и «Акта о медицинской аварии» по установленной форме. При этом у пострадавшего медицинского работника обязательно берется информированное согласие на обработку персональных данных. При передаче информации, содержащей персональные данные контактных, должны соблюдаться требования действующего законодательства по обработке персональных данных.

Причина снятия с диспансерного учета определяется следующими заключениями:

- снят по истечении срока наблюдения;
- переведен в категорию ЛЖВС;
- убыл на другую территорию;
- другие причины (указать).

## **10. Стандартные меры предосторожности**

Стандартные меры предосторожности направлены на снижение риска заражения медицинских работников и пациентов инфекциями, передающимися с кровью и другими биологическими жидкостями. Поскольку невозможно выявить всех тех, кто инфицирован патогенными микроорганизмами, передающимися с кровью, защита медицинских работников и пациентов от ВИЧ и возбудителей вирусных гепатитов должна основываться на концепции,

согласно которой все медицинские работники и пациенты считаются инфицированными этими вирусами.

Кровь и прочие биологические жидкости необходимо считать инфекционно опасными, и при работе с ними всегда соблюдать надлежащие меры предосторожности. Чтобы защитить медицинских работников и пациентов от инфекций, передающихся с кровью, включая ВИЧ-инфекцию, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует соблюдать стандартные меры по профилактике распространения инфекций:

- мыть руки с мылом до и после манипуляций;
- при непосредственном контакте с кровью и другими биологическими жидкостями использовать защитные средства – перчатки, халаты, фартуки, маски и очки;
- дезинфицировать инструменты и оборудование, которые могут быть загрязнены;
- правильно убирать и обрабатывать грязное белье;
- настоятельно рекомендуется использовать для инъекций только новые одноразовые иглы и шприцы;
- использование многоразовых инструментов допускается только в отсутствие одноразовых и при условии, что стерильность может быть подтверждена документально по индикаторам времени обработки, температуры и давления пара;
- немедленно выбрасывать использованные иглы (не надевая на них защитный колпачок) в жесткие водонепроницаемые контейнеры; не допуская переполнения, контейнеры герметично закрывают и отправляют на утилизацию;
- документально подтверждать качество стерилизации инструментов для инвазивных вмешательств.

## **11. Основные меры профилактики и правила техники безопасности на рабочем месте**

Помимо стандартных мер предосторожности, направленных на предупреждение контакта с возбудителями, передающимися с кровью и прочим инфицированным материалом, на рабочем месте должны быть разработаны и строго соблюдаться правила техники безопасности.

Следует избегать случайных повреждений и контактов, при которых возможно заражение инфекциями, передающимися с кровью. Необходимо соблюдать ряд рекомендаций.

1. Разработать и внедрить мероприятия по укреплению и контролю соблюдения мер предосторожности.
2. Допускать медицинский персонал до работ, при которых возможен контакт с биологическими жидкостями, только после теоретического и практического ознакомления с мерами по предупреждению распространения инфекций, включая правильное удаление случайно разбрызганных или разлитых биологических жидкостей, прежде всего крови.
3. Стараться не расплескивать, не распылять и не разбрызгивать кровь и другие опасные материалы.
4. При попадании крови или других опасных биологических материалов на оборудование или поверхности в помещении немедленно проводить санитарную обработку.
5. Опасный биологический материал, предназначенный для исследования, держать в маркированных контейнерах, исключая утечку материала в процессе сбора, манипуляций, исследования, хранения, переноски и транспортировки. Использовать дополнительный контейнер, если первый оказался загрязнен или поврежден.
6. Мытье рук:
  - руки и другие незащищенные участки мыть с мылом, до и после манипуляций, в том числе после снятия перчаток и других индивидуальных средств защиты, включая одежду;
  - после контакта с кровью, другим опасным биологическим материалом или загрязненными поверхностями как можно скорее вымыть руки и промыть слизистые водой;

- использовать мыло и проточную воду. В отсутствие проточной воды пользоваться антисептиком и чистыми полотенцами или антисептическими салфетками и затем, как только появится возможность, вымыть руки под проточной водой с мылом;

- если на руках имеются незначительные повреждения (например, порезы), они должны быть соответствующим образом обработаны, прежде чем надевать перчатки. Использование перчаток требует соблюдения дополнительных мер предосторожности.

7. Уборка и обработка грязного белья:

- контакты с грязным бельем должны быть сведены к минимуму;

- при уборке грязного белья по возможности следует пользоваться перчатками и водонепроницаемыми мешками;

- мешки и контейнеры с грязным бельем обязательно маркируют;

- стирают грязное белье за пределами помещений для пациентов в горячей воде с моющим средством.

8. Все опасные отходы собирать в закрывающиеся водонепроницаемые контейнеры.

Кроме того, медицинским работникам запрещается:

- есть, пить, курить, накладывать макияж, наносить гигиеническую губную помаду, снимать и надевать контактные линзы в рабочих помещениях, где возможен контакт с возбудителями, передающимися с кровью;

- хранить пищу и напитки в тех же холодильниках и шкафах, где хранятся кровь и другие опасные биологические материалы;

- пипетировать ртом кровь и другие опасные жидкости;

- поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены;

- гнуть, зачехлять, ломать и снимать использованные иглы и другие загрязненные острые инструменты;

- открывать и доставать что-либо руками из контейнеров для использованных игл, опорожнять и мыть вручную многоразовые контейнеры.

## 12. Защитные средства и оборудование

Средства защиты и контроля должны использоваться во всех медицинских учреждениях. Чтобы предупредить заражение инфекциями, передающимися с кровью, необходимо соблюдать следующие правила.

а) защитные средства и одежда, которые работники, контактирующие с кровью или другими биологическими жидкостями, всегда должны иметь под рукой и использовать:

- перчатки;

- непромокаемые халаты;

- маски и очки.

б) меры предосторожности при манипуляциях с иглами и шприцами:

- для инъекций использовать новые одноразовые шприцы с самозачехляющимися иглами или другие новые одноразовые инструменты;

- использование многоразовых инструментов допускается только в отсутствие одноразовых и только при условии, что стерильность может быть подтверждена документально по индикаторам времени обработки, температуры и давления пара;

- для в/в инъекций использовать безыгольные системы;

- при крайней необходимости снимать или зачехлять использованные иглы с помощью инструмента или одной рукой (поддевают колпачок иглой, насаженной на шприц);

- как правило, когда контейнеры для игл и других острых инструментов не используются, их необходимо соответствующим образом закреплять на стене, во избежание несчастных случаев, связанных с попытками пациентов (особенно детей) открыть их.

в) меры предосторожности при манипуляциях с другими острыми инструментами:

- использованные острые инструменты выбрасывать сразу, не зачехляя, в жесткие водонепроницаемые контейнеры; контейнеры плотно закрывают, запечатывают и отправляют на утилизацию, не дожидаясь их полного заполнения;

- контейнеры располагают так, чтобы они были удобны в использовании и не опрокидывались;

- своевременно менять контейнеры для использованных острых инструментов, не допуская переполнения;

- прежде чем перемещать контейнер с использованными острыми инструментами, его надо плотно закрыть. Если герметичность контейнера сомнительна, его помещают в дополнительный контейнер.

г) меры предосторожности при манипуляциях со стоматологическими инструментами и оборудованием:

- обычной термической стерилизации подлежат хирургические инструменты, наконечники для снятия зубного камня, скальпельные лезвия, хирургические буры, стоматологические зеркала, штопферы для амальгамовых пломб, многоразовые оттисковые ложки и наконечники для бормашинок;

- инструменты и оборудование, не выдерживающие высоких температур, обрабатывают сильнодействующими дезинфицирующими средствами;

- устройства, которые соединяют с ирригатором-аспиратором и вводят в рот пациента (например, различного рода наконечники — ультразвуковые для снятия зубного камня, для удаления зубного налета струей воздуха, водно-воздушные пистолеты) оставляют в работающем состоянии как минимум на 20—30 секунд после использования, чтобы воздушной или водной струей удалить попавший в систему биологический материал. По возможности использовать стоматологические установки, защищенные от попадания в них жидкости из ротовой полости;

- несъемные детали ирригатора-аспиратора (например, рукоятки и крепления слюноотсосов, воздушных очистителей и водно-воздушных пистолетов) закрывают водонепроницаемыми салфетками, которые меняют после каждого использования.

д) под рукой должно быть все, что необходимо для первой помощи при разбрызгивании или распылении биологических жидкостей; персонал должен знать, как действовать в подобных случаях.

е) всегда должны быть в наличии контейнеры для утилизации отходов, а также инструкции по утилизации.

### **13. Индивидуальные средства защиты и их использование**

Если, несмотря на использование новейших средств технологического контроля и соблюдение стандартных мер безопасности, сохраняется угроза профессионального контакта, медицинскому работнику необходимы индивидуальные средства защиты. Они должны выдаваться бесплатно и всегда быть под рукой.

а) перчатки (в том числе из материала, не содержащего латекс, для работников, страдающих аллергией на латекс):

- одноразовые перчатки нельзя использовать повторно; запрещается также использовать повторно многоразовые перчатки, если они повреждены;

- для смазки не следует пользоваться материалами на вазелиновой основе, поскольку они разъедают латекс.

б) защитная одежда/лабораторные халаты:

- там, где возможен профессиональный контакт с ВИЧ, необходимо работать в защитной одежде;

- шапочки и бахилы необходимы только при угрозе попадания большого количества инфицированного материала на голову или стопы.

в) маски, лицевые экраны, очки:

- если возможно разбрызгивание или распыление крови или другого опасного биологического материала, надевают защитные очки (лучше с боковыми экранами) и маски или лицевые экраны;

- обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от возбудителей, передающихся с кровью;

- индивидуальные защитные средства при правильном использовании должны исключать проникновение сквозь них крови и других опасных биологических материалов и загрязнение рабочей и личной одежды, белья, а также попадание на кожу, в глаза и на слизистые во время работы. Санитары и рабочие по уборке и утилизации отходов должны пройти обучение и получить для работы плотные перчатки и надежную защитную одежду;

- при проникновении через защитную одежду крови или другого опасного материала, одежду надо немедленно снять. Участок, на который попал опасный материал, вымыть с мылом. По окончании работы индивидуальные защитные средства снимают до выхода из рабочего помещения и складывают в специальный ящик. За уборку, стирку, ремонт, замену и утилизацию использованных индивидуальных защитных средств отвечает администрация медицинской организации.

#### **14. Нормативные документы**

1. СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»;
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
3. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития России «Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и проведение противозидемических мероприятий от 20 сентября 2007 г. N 6963-РХ;
4. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (в ред. приказа Минздрава Р.Ф. от 18.04.1995г. № 100).
5. СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах.
6. СП 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией».
7. «Профилактика постконтактной передачи ВИЧ-инфекции» Балтийский медицинский образовательный Центр» Санкт-Петербург 2015г.