

COVID-19

Керівництво з профілактики та контролю інфекції у медичних закладах

Адаптовано з документа «Пандемічний грип: керівництво з профілактики та контролю інфекції в медичних закладах» (2020)

Видано як офіційне керівництво спільно Міністерством охорони здоров'я та соціального захисту (DHSC), Службою громадського здоров'я Уельсу (PHW), Агенцією громадського здоров'я (PHA) Північної Ірландії, Службою охорони здоров'я Шотландії (HPS) та Службою громадського здоров'я Англії.

Зміст

Скорочення	5
1. Вступ	6
1.1 Сфера застосування і призначення документа.....	6
2. Характеристики передачі COVID-19 та принципи профілактики та контролю інфекції	7
2.1 Шляхи передачі	7
2.2 Інкубаційний і інфекційний періоди	8
2.3 Вживання вірусу в довкіллі.....	8
3. Організаційна готовність до профілактики й контролю COVID-19	10
4. Заходи профілактики та контролю інфекції	12
4.1 Визначення стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ)	12
4.2 Визначення заходів з урахуванням способу передачі	12
4.3 Шляхи передачі:	12
5. Стандартні заходи контролю інфекції (СЗКІ).....	14
5.1 Розміщення/оцінювання пацієнтів в контексті ризику інфікування	14
5.2 Гігієна рук.....	14
5.3 Респіраторна гігієна і кашель — «Впіймай, викинь, вбий»	15
5.4 Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ)	16
5.4.1 Одноразовий фартух/халат	17
5.4.2 Одноразові рукавички	17
5.4.3 Захист зору/маска для обличчя	17
5.5 Безпечне поводження з білизною (прання)	18
5.6 Медичний одяг/особистий одяг персоналу	19
5.7 Дії при проливах крові та біологічних рідин організму	20
5.8 Поводження з медичними (в т.ч. клінічними) та неклінічними відходами ..	20
6. Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП) для пандемії COVID-19 ...	21

6.1	Тривалість заходів	21
6.2	Відокремлення та формування когорт (у стаціонарі)	21
6.2.1	Ізоляційні бокси з від'ємним тиском	21
6.2.2	Одиночні палати	22
6.2.3	Когортні зони	22
6.2.4	Формування когорт персоналу	23
6.2.5	Відвідувачі відокремлених/когортних зон	23
6.3	Переміщення та транспортування пацієнтів	24
6.3.1	Переміщення всередині лікарні:	24
6.3.2	Переведення з закладів первинної допомоги/амбулаторних закладів:	24
6.3.3	Міжлікарняні переміщення:	25
6.4	Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ)	25
6.4.1	Водонепроникні (тип IIR) хірургічні маски (ВХМ)	26
6.4.2	Респіратори класу 3 (FFP3)	27
6.5	Аерозоль-генеруючі процедури (АГП)	29
6.6	Управління обладнанням і середовищем надання допомоги	30
6.6.1	Обладнання	30
6.6.2	Середовище	31
6.7	Поводження з трупами	33
7.	Охорона здоров'я працівників та застосування персоналу	34
8.	Окремі місця надання медичної допомоги	36
8.1	Будинки для літніх людей	36
8.2	Заклади первинної ланки	36
8.3	Амбулаторні заклади	37
8.4	Стоматологія	37
8.5	Відвідування на дому	37
8.6	Карети швидкої допомоги	37
8.7	Відділення невідкладної допомоги та оцінювання гострих станів	38
8.7.1	Скринінг і триаж	38

8.7.2 Приймальний покій	39
8.7.3 Інтенсивна терапія	39
8.7.4 Операційні	40
Додаток 1 «Найкраща практика миття рук»	41
Додаток 2 «Найкраща практика обробки рук»	42
Додаток 3 «Найкраща практика надягання та знімання ЗІЗ»	43
Додаток 5 «Найкраща практика реагування на проливи крові та інших біологічних рідин організму»	45
Додаток 6 «Волосяний покрив на обличчі та респіратори FFP3»	46
Додаток 7 «Глосарій»	47
Література	53

Скорочення

CDC	Центри контролю й профілактики захворювань
FFP3	Респіратор (Клас 3)
HPS	Служба охорони здоров'я Шотландії
NIV	Неінвазивна вентиляція
RHA (NI)	Агенція громадського здоров'я (Північна Ірландія)
RHE	Служба громадського здоров'я Англії
RHW	Служба громадського здоров'я Уельсу
АГП	Аерозоль-генеруючі процедури
ВВЧК	Вентиляція височастотними коливаннями
ВІТ	Відділення інтенсивної терапії
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВХМ	Водонепроникна (тип IIR) хірургічна маска
ГОЗНРВ	Група оцінювання загрози нових респіраторних вірусів
ГПКІ	Група з профілактики й контролю інфекції
ЗЗОД	Засоби захисту органів дихання
ЗІЗ	Засоби індивідуального захисту
ЗУСП	Заходи з урахуванням способу передачі
ІЗТН	Інфекційне захворювання, що викликає тяжкі наслідки
МОЗСЗ	Міністерство охорони здоров'я і соціального захисту Великої Британії
НІПКІ	Національна інструкції з профілактики й контролю інфекцій
САДР	Спиртовий антисептик для рук
СЗКІ	Стандартні заходи контролю інфекції

1. Вступ

В цьому документі викладено рекомендації щодо профілактики та контролю інфекції для медичних працівників, які займаються прийомом, оцінюванням та лікуванням пацієнтів, можливо або доведено уражених COVID-19. Рекомендації базуються на найкращих доказових даних, отриманих з попередніх пандемічних та міжпандемічних періодів, та зосереджені лише на аспектах профілактики та контролю цього захворювання, виходячи з того, що план реагування охоплюватиме інші засоби протидії.

Рекомендації з профілактики та контролю інфекції, викладені в даному документі, вважаються хорошою практикою в контексті протидії пандемії COVID-19.

УВАГА: Обсяг доказових даних щодо COVID-19 стрімко збільшується. Ці рекомендації можуть оновлюватися після надходження нових відомостей і даних.

1.1 Сфера застосування і призначення документа

Цей документ містить вказівки та інформацію щодо процедур профілактики та контролю, які мають використовуватися як джерело даних і рекомендацій при плануванні протидії COVID-19 на місцях. Це Керівництво було написане для NHS, але принципи профілактики та контролю застосовні і в інших умовах, де надаються медичні послуги. Документ виданий як офіційне керівництво спільно Міністерством охорони здоров'я та соціального захисту (DHSC), Службою громадського здоров'я Уельсу (PHW), Агенцією громадського здоров'я (PHA) Північної Ірландії, Службою охорони здоров'я Шотландії (HPS) та Службою громадського здоров'я Англії.

При тому, що метою Керівництва є створення узгодженого та дієвого набору заходів, універсальних для усієї Великої Британії, між Північною Ірландією, Англією, Уельсом і Шотландією можуть існувати певні відмінності в операційних нюансах та сферах відповідальності.

2. Характеристики передачі COVID-19 та принципи профілактики та контролю інфекції

2.1 Шляхи передачі

Рекомендації з контролю інфекції ґрунтуються на логічному припущенні, що передача COVID-19 відбувається схоже до передачі SARS-CoV під час спалаху 2003 року. Щоб отримати уявлення про деякі епідеміологічні характеристики нового вірусу, можна екстраполювати початкові філогенетичні та імунологічні аналогії між COVID-19 та SARS-CoV. Вважається, що передача COVID-19 відбувається, головним чином, через краплини у повітрі, які поширюються з кашлем та чханням, а також через контакт із забрудненими поверхнями.¹ Основними шляхами передачі вважаються повітряно-крапельний і контактний. Дані щодо SARS-CoV свідчать про те, що використання респіраторів та хірургічних масок забезпечує приблизно однаковий рівень захисту — до 80% нижчий ризик інфікування.² Під час АГП збільшується ризик розповсюдження збудника інфекції незалежно від шляху передачі (контактний, крапельний, повітряний) (див. Розділ 6.5 «АГП»), і при виконанні АГП необхідно вживати заходів для обмеження передачі вірусу через повітря, у т.ч. в разі підозри або підтвердженого випадку COVID-19.

З огляду на вищевикладене, Група оцінювання загрози нових респіраторних вірусів (ГОЗНРВ) Міністерства охорони здоров'я та соціального захисту Великої Британії рекомендувала запровадити на постійній основі заходи захисту від повітряно-крапельної інфекції в клінічних зонах, що вважаються «гарячими точками» з точки зору АГП — таких як відділення інтенсивної терапії (ВІТ), післяопераційні палати тощо — де ведеться робота з пацієнтами з COVID-19 (за винятком випадків, коли пацієнти ізольовані в боксі з від'ємним тиском або в одиночній палаті, де персонал, який заходить всередину, повинен носити респіратор).

В інших випадках рекомендується використання водонепроникної (тип IIR) хірургічної маски (ВХМ); увесь персонал відділень загальної терапії, комунальних служб медико-соціальної допомоги, працівники швидкої допомоги та соціальні робітники повинні носити ВХМ при близькому (до 1 м) контакті з пацієнтами, за винятком випадків, коли виконуються АГП, коли потрібно використовувати респіратор класу 3 (FFP3), засоби

захисту органів зору, одноразовий халат з довгими рукавами та рукавички.

Початкові дослідження виявили наявність живого вірусу COVID-19 у стільці та виділеннях з кон'юнктивальних залоз підтверджених пацієнтів.¹ Всі виділення (окрім поту) та екскременти, в т.ч. діарейний стілець пацієнтів з підтвердженим COVID-19 або підозрою на нього слід вважати потенційно інфекційними.

2.2 Інкубаційний і інфекційний періоди

Оцінювання клінічних та епідеміологічних характеристик SARS-CoV-2 говорить про те, що, подібно до SARS-CoV, пацієнти залишаються неінфекційними до появи симптомів. У більшості випадків люди вважаються контагіозними, поки зберігаються симптоми; ступінь контагіозності залежить від важкості симптомів та стадії захворювання. Медіанний час з моменту появи симптомів до клінічного одужання для легких випадків складає близько 2 тижнів, а для важких або клінічних випадків — 3-6 тижнів.³ Повідомляється про інфекційність під час безсимптомного періоду: встановлено, що один пацієнт розповсюджував вірус до появи в нього симптомів.⁴ Для визначення фактичної можливості та впливу безсимптомної передачі потрібні додаткові дослідження.

Заходи, описані в розділах 5 «Стандартні заходи контролю інфекції (СЗКІ)» та 6 «Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП)», повинні продовжуватися до зникнення симптомів.

Дані з інших країн, загалом, вказують на те, що інфекційність значно знижується через 7 днів після появи симптомів.

2.3 Вживання вірусу в довкіллі

Людський коронавірус може виживати на неживих предметах та зберігати життєздатність протягом терміну до 5 діб за температури 22-25°C та відносної вологості 40-50% (що є типовим для закритих приміщень з кондиціонованим повітрям).¹ Вживання на поверхнях у довкіллі також залежить від типу поверхні.¹ Обширне забруднення середовища можливе після аерозоль-генеруючої процедури (АГП). Швидкість звільнення закритого приміщення від аерозолів залежить від роботи механічної/природної вентиляції — що більше відбувається повітрообмін на годину (швидкість вентиляції), то швидше приміщення звільниться від аерозолів.⁵ Час, потрібний для очищення від аерозолів — і, відповідно, час, після якого до приміщення можна заходити без респиратора (клас 3) (FFP3) — можна визначити за кількістю

повітрообмінів на годину згідно з інструкцією ВООЗ; в палатах загальної терапії та одиночних палатах швидкість вентиляції має складати не менше 5 повітрообмінів на годину, у ізольованих боксах з від'ємним тиском — не менше 12 повітрообмінів на годину.⁶ За можливості, знезараження приміщень має виконуватися тоді, коли до них можна заходити без респіратора FFP3. Згідно з оцінками, за один повітрообмін з повітря видаляється 63% збудників; після 5 повітрообмінів їх у повітрі залишається менше 1%.⁷ Прагматичним рішенням для лікарняних приміщень, де відбувається більшість цих процедур, є витримування щонайменше 20 хвилин, тобто 2 повітрообмінів.

Слід дотримуватися вказівок щодо заходів, описаних у розділах 5.2 «Гігієна рук» та 6.6 «Робота з приміщеннями та обладнанням, що використовуються для лікування пацієнтів».

3. Організаційна готовність до профілактики й контролю COVID-19

Обмеження передачі COVID-19 у медичних приміщеннях вимагає запровадження низки профілактично-контрольних заходів, які можна розглядати як ієрархічну систему засобів контролю. Адміністративні засоби контролю впроваджуються на організаційному рівні (йдеться, наприклад, про розробку та застосування відповідних процесів, систем і інженерних засобів контролю, а також надання і використання належного обладнання і матеріалів) задля запобігання інфікуванню та з метою контролю й обмеження передачі інфекції в медичних закладах. Контроль контактів з джерелом інфекції, що включає наявність належних систем вентиляції та ефективного знезараження приміщень, фізично обмежить контакт з інфекцією. Згідно з законом про контроль небезпечних для здоров'я речовин, роботодавці зобов'язані належним чином знижувати ризик контакту з небезпечними речовинами у випадках, коли повністю виключити контакт неможливо. Надання та використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), в т.ч. засобів захисту органів дихання (ЗЗОД) захистить персонал, пацієнтів і відвідувачів. Працівники зобов'язані повністю та належним чином використовувати всі засоби безпеки, надані роботодавцем, в т.ч. ЗІЗ. Описані нижче принципи утворюють вертикальну структуру заходів профілактики й контролю інфекції на рівні лікарні/палати. (Зазначимо, що цей список не є вичерпним, але включає ключові принципи та демонструє практичний підхід до профілактики й контролю COVID-19)/

Ієрархія заходів контролю:

- Раннє виявлення пацієнтів/звітування про випадки захворювання;
- Раннє оцінювання/тріаж пацієнтів;
- Впровадження заходів контролю, в т.ч.:
 - відокремлення (в просторі та/або часі) пацієнтів з підозрою на COVID-19 та пацієнтів із підтвердженим діагнозом COVID-19,
 - навчання персоналу, пацієнтів і відвідувачів щодо стандартних заходів контролю інфекції (СЗКІ) та заходів з урахуванням способу передачі (ЗУСП),

- негайне впровадження ЗУСП для обмеження передачі,
- обмеження доступу хворих відвідувачів до закладу,
- розпорядження працівникам з симптомами залишатися дома та не виходити на роботу до зникнення симптомів,
- планування та впровадження стратегій для підвищення пропускнуої здатності закладу.

В рамках підготовки до впровадження цих заходів контролю всі медичні організації повинні виконати планування та перевірити власну готовність протидіяти різним стадіям пандемії. Сюди входить:

- Оцінювання поточної спроможності закладів. Під час пандемії COVID-19 медичні служби не зможуть працювати у звичному режимі. Має бути виконане оцінювання практичної здатності надавати допомогу та впроваджувати заходи контролю під тиском в контексті надзвичайної кількості госпіталізацій та зменшення чисельності персоналу внаслідок хвороби; треба переконатися, що наявні найактуальніші креслення приміщень закладу на той випадок, якщо потрібно буде робити зміни;
- Оцінювання наявних кадрів;
- Робота в мультидисциплінарній команді з керівниками з охорони здоров'я та соціального захисту, інженерно-технічним і клінічним персоналом для планування відокремлення пацієнтів та/або послуг і створення належно ізольованих приміщень; визначення приміщень, які, в разі необхідності, можна буде переобладнати з мінімальними зусиллями; а також
- Визначення інженерних, адміністративних та кадрових вимог, які можна ефективно впровадити під час пандемії COVID-19.⁸

4. Заходи профілактики та контролю інфекції

При роботі з пацієнтами, у яких підозрюється або підтверджений COVID-19, слід дотримуватися стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ) та заходів з урахуванням способу передачі (ЗУСП).

4.1 Визначення стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ)

Стандартні заходи контролю інфекцій (СЗКІ) — це базові заходи з профілактики та контролю інфекцій, необхідні для зниження ризику передачі збудників захворювань з відомих та невідомих джерел. До таких джерел відносять кров та інші рідини тіла, екскременти та виділення (за винятком поту), пошкоджені ділянки шкіри або слизові оболонки, а також обладнання й предмети в приміщенні, де надається медична допомога. СЗКІ мають застосовуватися всіма працівниками при роботі з усіма пацієнтами, в усіх приміщеннях, безперервно.

4.2 Визначення заходів з урахуванням способу передачі

Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП) застосовуються тоді, коли самих лише СЗКІ недостатньо для недопущення перехресної передачі збудника інфекції. ЗУСП — це додаткові заходи контролю інфекції при роботі з пацієнтом з підозрою або підтвердженим випадком інфекції. ЗУСП розділяються на різні категорії в залежності від способу передачі захворювання:

4.3 Шляхи передачі:

- **Заходи щодо контактної передачі:** використовуються для профілактики й контролю передачі інфекції при прямому контакті або опосередковано через середовище, в якому надається допомога пацієнту (в т.ч. через медичне обладнання). Це — найбільш поширений шлях передачі інфекції.
- **Заходи щодо передачі крапельним шляхом:** використовуються для профілактики й контролю передачі інфекції на короткій відстані через краплини (>5 мкм) з дихальних шляхів однієї особи безпосередньо на поверхні слизових оболонок іншої людини. Краплини проникають до

респіраторної системи над рівнем альвеол. Максимальна відстань для передачі захворювання з краплинами точно не визначена, хоча в медичній літературі зоною ризику часто називають відстань близько 1 метра (або 3 футів) від інфікованої особи.^{7, 9}

● **Заходи щодо передачі повітряним шляхом:** використовуються для профілактики й контролю передачі інфекції без тісного контакту — через аерозолі (≤ 5 мкм) з дихальних шляхів однієї особи безпосередньо на поверхні слизових оболонок іншої людини. Краплини проникають до респіраторної системи до рівня альвеол.

Недопущення передачі COVID-19 вимагає заходів захисту від крапельної та контактної передачі; в разі виконання аерозоль-генеруючих процедур (АГП), заходи щодо контактної передачі потрібно доповнити заходами захисту від повітряної передачі.

5. Стандартні заходи контролю інфекції (СЗКІ)

5.1 Розміщення/оцінювання пацієнтів в контексті ризику інфікування

Одразу після надходження пацієнта він має бути оцінений на предмет ризику інфекції. За можливості, таке оцінювання має проводитися і при переведенні пацієнта до іншої зони надання допомоги. Слід забезпечити постійний контроль пацієнтів під час їх перебування в стаціонарі. В усіх місцях, де надається медична допомога, пацієнтів з симптомами COVID-19 необхідно якомога швидше відокремлювати від пацієнтів без симптомів.

5.2 Гігієна рук

Гігієна рук відіграє ключову роль в обмеженні передачі інфекції в умовах лікарні та в інших місцях, де надається медична допомога, та є критичним елементом стандартних заходів контролю інфекції (СЗКІ). Усі працівники, пацієнти і відвідувачі повинні знезаражувати свої руки спиртовим антисептиком для рук (САДР) на вході та при виході з зон, де надається допомога пацієнтам з підозрою або підтвердженням COVID-19.

Гігієнічна обробка рук має виконуватися безпосередньо перед кожним епізодом надання допомоги пацієнтові та після будь-якої процедури чи контакту, що потенційно здатні призвести до забруднення рук, включно із зніманням засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), знезараженням обладнання та утилізацією відходів:

https://www.who.int/gpsc/5may/Your_5_Moments_For_Hand_Hygiene_Poster.pdf

Перед гігієнічною обробкою рук:

- оголити передпліччя (мають бути оголені руки нижче ліктя);
- зняти всі прикраси з кистей рук та зап'ястків (дозволяється залишити одну просту металеву обручку, але під час гігієнічної обробки рук її потрібно зняти або зсунути);

- забезпечити, щоб нігті були чистими й коротко підстриженими; накладні нігті та лак чи інші продукти для нігтів заборонені;
- всі порізи чи подряпини потрібно перев'язати водонепроникним матеріалом.

Техніка миття й обробки рук

- Гігієна рук передбачає використання для стандартної обробки САДР, а також, в разі помітного забруднення, миття рук водою з милом та ретельне висушування.
- Потрібно ретельно виконувати правила техніки миття рук, миючи їх протягом достатнього для інактивації вірусу часу — 40-60 секунд. Див. Додаток 1 «Найкраща практика миття рук».
- САДР має бути доступний всім працівникам якомога ближче до місць надання допомоги пацієнтам, а якщо такий підхід недоцільний, слід використовувати особисті диспенсери. ● Потрібно ретельно виконувати правила техніки застосування САДР, знезаражуючи руки протягом достатнього для інактивації вірусу часу — 20-30 секунд. Див. Додаток 2.
- В разі недоступності проточної води або браку засобів для гігієни рук — наприклад, вдома у пацієнта — персонал може використовувати спочатку серветки для рук, а за ними — САДР, але має помити руки за найближчої нагоди.

5.3 Респіраторна гігієна і кашель — «Впіймай, викинь, вбий»

Пацієнтів, працівників та відвідувачів слід закликати до мінімізації потенційної передачі COVID-19 за допомогою ефективних заходів респіраторної гігієни:

- При чханні, кашлі або шмарканні слід прикривати ніс і рот одноразовими серветками. Використані серветки слід негайно викинути до найближчого сміттевого кошика.
- Пацієнтам, відвідувачам та працівникам необхідно забезпечити доступ до серветок, кошиків для сміття (з пакетами для сміття всередині та педаллю для відкриття кришки) та засобів для гігієни рук.

- Руки мають оброблятися (за можливості, за допомогою води з милом, а якщо ні — то за допомогою САДР) після кашлю, чхання в серветку, або ж після будь-якого контакту з виділеннями з органів дихання чи забрудненими предметами.
- Потрібно закликати пацієнтів не торкатися руками очей, рота та носа.
- Деякі пацієнти (наприклад, літні люди та діти) можуть потребувати допомоги зі стримуванням розповсюдження виділень з органів дихання; під рукою в немобільних хворих має бути контейнер (наприклад, пластиковий пакет) для негайної утилізації серветок.
- У загальних приймальних покоях або під час транспортування пацієнти з симптомами можуть (якщо фізично здатні) носити водонепроникну (типу IIR) хірургічну маску (ВХМ) для мінімізації розповсюдження виділень з органів дихання та зниження забруднення середовища.

5.4 Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ)

Перш ніж виконувати будь-які процедури, працівники мають оцінити можливість контакту та забезпечити використання ЗІЗ, які надають належний захист від ризиків, пов'язаних із даною процедурою. Всі працівники мають пройти навчання щодо правильного використання усіх ЗІЗ, які їм може знадобитися носити.

Крім того:

- Працівники, які захворіли на COVID-19 і одужали, повинні й надалі виконувати заходи контролю інфекції, в т.ч. використовувати рекомендовані в даному документі ЗІЗ.

Всі ЗІЗ повинні:

- відповідати стандартам BS/EN (європейські технічні стандарти, прийняті у Великій Британії);
- розташовуватися поблизу від місця використання;
- до використання зберігатися, задля уникнення забруднення, у чистому/сухому місці (потрібно слідкувати за терміном придатності ЗІЗ);
- бути одноразовими;

- змінюватися одразу ж після кожного пацієнта та/або після завершення процедури чи завдання;
- бути правильно утилізовані після використання згідно з видом відходів, тобто утилізовані як медичні/клінічні відходи (це може означати утилізацію в помаранчевий або жовтий мішок для відходів; в залежності від впливу захворювання на місцях будуть розповсюджені відповідні вказівки)

5.4.1 Одноразовий фартух/халат

Для захисту медичного одягу та особистого одягу персоналу від забруднення під час надання безпосередньої допомоги пацієнту та в разі забруднення приміщення і обладнання працівники мають використовувати одноразові водонепроникні фартухи.

Водонепроникні халати необхідно використовувати в тих випадках, коли одноразовий водонепроникний фартух не закриває достатньою мірою медичний одяг або особистий одяг працівника в контексті процедури, яку той виконує, та коли існує ризик обширного розбризкування крові та/або інших біологічних рідин організму, наприклад, під час аерозоль-генеруючих процедур (АГП). Водонепроникні халати надягаються зверху на одноразовий водонепроникний фартух.

Одноразові фартухи та халати необхідно змінювати між пацієнтами та одразу після завершення процедури.

5.4.2 Одноразові рукавички

Одноразові рукавички потрібно надягати при наданні допомоги пацієнту та в ситуаціях, коли передбачається/можливий контакт з кров'ю та/або іншими біологічними рідинами організму, в т.ч. під час знезараження обладнання та приміщень. Рукавички потрібно змінювати одразу після завершення епізоду роботи з пацієнтом або виконання завдання.

5.4.3 Захист зору/маска для обличчя

Засоби захисту органів зору/обличчя слід використовувати за наявності ризику потрапляння в очі бризок виділень (в т.ч. з органів дихання), крові,

рідин організму або екскрементів. Перед наданням медичної допомоги або під час нього потрібно виконувати індивідуальне оцінювання ризику.

Рекомендується використовувати одноразові засоби захисту зору/обличчя.

Захист зору/обличчя можна забезпечити за допомогою одного з наступних засобів:

- хірургічна маска з захисним щитком для очей;
- щиток/маска, що закриває усе обличчя;
- захисні полікарбонатні окуляри або аналогічний засіб;

Звичайні окуляри для корекції зору не забезпечують належного захисту органів зору.

Правильний порядок надягання й знімання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) представлений у Додатку 3.

5.5 Безпечне поводження з білизною (прання)

Особливих процедур не потрібно; білизна класифікується як така, що була у використанні або «інфікована». Всю білизну, яка використовувалася при наданні допомоги пацієнтам з підозрою або підтвердженням COVID-19, слід вважати інфікованою. Збирати її, транспортувати та обробляти потрібно так, аби уникати контакту зі шкірою та слизовими оболонками працівників, забруднення їхнього одягу та приміщень.

При роботі з інфікованою білизною слід використовувати одноразові рукавички та фартух.

Уся білизна має збиратися всередині палати/зони розміщення когорти пацієнтів. Візок для брудної білизни має бути розташований якомога ближче до точки використання, аби уможливити негайну здачу білизни.

При роботі з білизною не слід:

- полоскати, витрушувати або сортувати білизну після зняття її з ліжка/каталки;
- використану/інфіковану білизну слід розмістити на підлозі або іншій поверхні (наприклад, на столі або шафці);
- робити щось із використаною/інфікованою білизною після її упаковки в мішок;
- допускати переповнення візків для білизни; або
- поміщати до візків для білизни неналежні предмети, наприклад, використане обладнання/голки.

При роботі з інфікованою білизною слід:

- помістити її прямо у водорозчинний/альгінатний мішок і закрити його;
- помістити водорозчинний мішок всередину прозорого поліетиленового мішка і закрити його;
- помістити поліетиленовий мішок у відповідно забарвлений (згідно з місцевими правилами) мішок/кошик для білизни.

Всі мішки/візки для білизни мають бути позначені бирками, наприклад, із зазначенням палати і дати. Всю використану/інфіковану білизну до її вивозу необхідно зберігати у спеціально призначеному, безпечному місці, що зачиняється на замок. Плани організаційної готовності повинні враховувати необхідність безпечного зберігання надлишкової білизни, що очікує забору, та підтримування запасів чистої білизни для пацієнтів.

5.6 Медичний одяг/особистий одяг персоналу

Належне використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) захистить медичний одяг працівників від забруднення у більшості ситуацій.

Заклади охорони здоров'я мають надавати кімнати/зони для перевдягання, де працівники, прибувши на роботу, можуть перевдягнутися в медичний одяг.

Організації можуть використовувати хірургічні костюми для працівників, які зазвичай не носять медичний одяг, але які, імовірно, можуть близько контактувати з пацієнтами — наприклад, для медичного персоналу.

Для прання медичного одягу працівників слід звертатися до медичних пралень. Якщо пральні немає, медичний одяг відвозять додому в одноразовому пластиковому пакеті. Цей пакет слід викинути разом із побутовими відходами.

Медичний одяг слід прати:

- окремо від іншої побутової білизни;
- із завантаженням пральної машини не більше ніж на половину;
- за максимальної температури, яку може витримати тканина, а потім випрасувати або піддати барабанній сушці.

УВАГА: Найкращою практикою є перевдягання в медичний одяг та з нього на роботі, і невикористання його у поїзді на роботу/з роботи; основа для такої рекомендації — громадська думка, а не дані про ризик інфекції. Це не стосується комунальних медичних працівників, які мають відвідувати пацієнтів у медичному одязі.

5.7 Дії при проливах крові та біологічних рідин організму

Проливи повинні знезаражуватися у відповідності до місцевих правил. Приклад наведено у Додатку 4.

5.8 Поводження з медичними (в т.ч. клінічними) та неклінічними відходами

При частому використанні ЗІЗ можуть утворюватися великі обсяги відходів; слід заздалегідь проконсультуватися з цього приводу з місцевою командою з управління відходами.

Всі відходи слід утилізувати як клінічні.

Відходи, пов'язані з можливим або підтвердженим випадком захворювання мають утилізуватися як відходи категорії В. Транспортування відходів категорії В описане в Технічному меморандумі 07-01: Безпечне управління відходами охорони здоров'я. Утилізація всіх відходів, пов'язаних з можливими або підтвердженими випадками захворювання, повинна класифікуватися як утилізація інфікованих клінічних відходів, придатних для альтернативної обробки, якщо тільки відходи не мають інших властивостей, які вимагають їх спалення.

6. Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП) для пандемії COVID-19

При роботі з пацієнтами, у яких підозрюється або підтверджена інфекція COVID-19, у всіх медичних закладах на додачу до стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ) слід застосовувати заходи для недопущення крапельної передачі.

- Вірус COVID-19 виходить з дихальних шляхів інфікованої особи у вигляді краплин (наприклад, під час кашлю та чхання) і потрапляє безпосередньо на слизові оболонки вразливої особи (чи осіб) або на поверхні в навколишньому середовищі.
- Краплини пролітають у повітрі невелику відстань, тож при розміщенні засобів попередження крапельної передачі використовують відстань не менше 1 метра. Однак ця відстань має розглядатися не як достатня, а як мінімальна:
- Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП) (крапельної) слід продовжувати до зникнення в пацієнта лихоманки та респіраторних симптомів.

6.1 Тривалість заходів

Пацієнтам слід залишатися в ізоляції/утримуватися з іншими пацієнтами з даної когорти із застосуванням ЗУСП до зникнення лихоманки та респіраторних симптомів. Тривалість ЗУСП може коригуватися з появою нових даних щодо COVID-19.

Рішення про зміну тривалості або скасування ЗУСП має прийматися клінічною командою, яка веде пацієнта(-ів); при цьому мають враховуватися стан пацієнта та думка місцевої Групи з профілактики і контролю інфекцій (ГПКІ).

6.2 Відокремлення та формування когорт (у стаціонарі)

6.2.1 Ізоляційні бокси з від'ємним тиском

Спеціальні засоби контролю — такі як ізоляційні бокси з від'ємним тиском — не є необхідними для попередження передачі COVID-19.

Однак на ранніх стадіях та в умовах високого ризику пацієнти з підозрою або підтвердженим COVID-19 можуть ізолюватися в боксах з від'ємним тиском.

6.2.2 Одиночні палати

Пацієнтів з підозрою або підтвердженим COVID-19 слід, якщо це можливо, розміщати в одиночних палатах. Втім, в ситуації з підвищенням захворюваності, імовірно, буде дефіцит одиночних палат/ізоляційних боксів. Якщо одиночних палат/ізоляційних боксів бракує, а формування когорт іще не видається можливим (пацієнти очікують на лабораторне підтвердження діагнозу), пріоритет слід віддавати пацієнтам з сильним кашлем та виділенням мокротиння — саме їх слід поміщати до одиночних палат/ізоляційних боксів.

Одиночні палати у відокремлених зонах по COVID-19 слід, за можливості, резервувати для виконання аерозоль-генеруючих процедур (АГП).

Одиночні палати у інших зонах слід резервувати для пацієнтів, які потребують ізоляції з інших причин (негрипоподібних хвороб).

Рішення щодо пріоритизації для ізоляції пацієнтів окрім тих, у яких підозрюють або підтвердили COVID-19, мають прийматися на місцях, виходячи з потреб пацієнтів та наявних ресурсів.

6.2.3 Когортні зони

Якщо одиночна палата/ізоляційний бокс недоступні, слід сформувати когортну зону з пацієнтів з підтвердженою респіраторною інфекцією та інших пацієнтів із підтвердженим COVID-19. Пацієнти повинні бути фізично відокремлені: відстань між ними повинна складати не менше 1 метра. Скористайтеся розділювальними шторами між ліжками для мінімізації можливості близького контакту. Якщо можливо, для лікування й догляду за пацієнтами з COVID-19 слід використовувати окрему, ізольовану зону або крило медичного закладу. Ця зона повинна:

- включати приймальний pokій, відокремлений від решти закладу, та, за можливості, з окремим від решти будівлі входом/виходом;
- не використовуватися для проходу іншими пацієнтами, відвідувачами або працівниками, в т.ч. пацієнтами, яких переводять між відділеннями,

працівника, що йдуть на обідню перерву, та працівниками і відвідувачами, які заходять до будівлі або виходять із неї;

- бути відокремлена від інших зон зачиненими дверима; та
- бути оснащена знаками, які попереджають про відокремленість зони й обмеження входу.

Лікарні можуть створювати когортні зони відповідно до рівня допомоги, який потребується. Може також бути варто взяти до уваги:

- потребу створення когорт у палатах/боксах для пацієнтів однієї статі/різностатевих пацієнтів
- супутній стан пацієнта (імунодефіцит);
- вікові групи при формуванні когорт дітей;
- наявність стандартних щеплень у пацієнтів при формуванні когорт дітей.

6.2.4 Формування когорт персоналу

Виділення спеціальної групи працівників для догляду за пацієнтами в ізоляційних боксах/когортних палатах/зонах — це додатковий захід для контролю інфекції. Такий підхід слід впроваджувати усюди, де є достатня кількість кадрів (аби це не позначилося на лікуванні пацієнтів, не уражених даною інфекцією).

Наскільки це можливо, працівники із підтвердженим COVID-19 після одужання мають працювати у когортних зонах та доглядати пацієнтів із COVID-19. Такі працівники мають і надалі виконувати заходи контролю інфекції, в т.ч. носити засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) згідно з вимогами даного документа (див. розділ 7).

6.2.5 Відвідувачі відокремлених/когортних зон

Відвідувати будь-які зони медичного закладу повинні лише обов'язкові відвідувачі — наприклад, батьки пацієнтів дитячого віку або основні доглядачі уражених пацієнтів. Доречними можуть бути місцеве оцінювання ризиків та практичне їх зниження, аби забезпечити прагматичне та співвимірне реагування; йдеться, зокрема, про те, чи

треба вимагати від відвідувачів носити ЗІЗ або засоби захисту органів дихання (ЗЗОД).

В разі необхідності відвідування пацієнтів можна призупинити. Всі відвідувачі, які заходять до відокремленої/когортної зони мають пройти інструктаж щодо гігієни рук. Вони не повинні заходити до інших зон лікарні.

Критично важливим є розміщення знаків та написів щодо встановлених обмежень. Відвідувачі з симптомами COVID-19 не повинні заходити до лікарняного закладу. Відвідувачів з симптомами слід просити покинути територію та не допускати до інших зон, де можуть перебувати пацієнти з імунодефіцитом.

6.3 Переміщення та транспортування пацієнтів

6.3.1 Переміщення всередині лікарні:

- Переміщення та транспортування пацієнтів з одиночної палати/когортної зони має відбуватися лише за серйозної необхідності. Працівники у місці, куди переміщується пацієнт, повинні бути поінформовані про те, що в пацієнта підозрюється або підтверджено COVID-19.
- Якщо транспортування/переміщення необхідне, можна запропонувати пацієнтові надягнути під час транспортування водонепроникну (тип IIR) хірургічну маску (ВХМ) для мінімізації розсівання краплин з органів дихання.
- Пацієнтів необхідно доставляти прямо до необхідних клінічних відділень та назад, без очікування у загальних зонах. За можливості, пацієнтів слід розміщувати в кінці клінічних списків.

6.3.2 Переведення з закладів первинної допомоги/амбулаторних закладів:

- За необхідності переведення пацієнта з закладу первинної допомоги або амбулаторії служба швидкої допомоги має бути поінформована про інфекційний статус пацієнта.

- Персонал відділення, яке приймає пацієнта, повинен бути заздалегідь поінформований про переведення та про те, що в пацієнта підозрюється або підтверджено COVID-19.

6.3.3 Міжлікарняні переміщення:

- Переведення пацієнта з одного лікарняного закладу до іншого слід уникати: його можна проводити лише за наявності медичної потреби у спеціалізованому лікуванні у зв'язку з ускладненнями або супутніми медичними явищами (наприклад, коронарній ангіопластиці або гемодіалізі). Якщо переведення необхідне, службу швидкої допомоги та приймаючу лікарню потрібно заздалегідь попередити про інфекційний статус пацієнта.

6.4 Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ)

Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) для роботи з пацієнтами з COVID-19 наведені у Таблиці 1; порядок надягання та знімання ЗІЗ див. у Додатку 3.

Таблиця 1: Заходи з урахуванням способу передачі (ЗУСП): Засоби індивідуального захисту для роботи з пацієнтами з пандемічним COVID-19

	Вхід до когортної зони (лише за необхідності) без контакту з пацієнтами*	Загальна палата*	Приміщення з підвищеними ризиком (інтенсивна терапія, післяопераційні палати)	Процедури, що спричиняють появу аерозолів (в будь-яких місцях)
Одноразові рукавички	Ні	Так	Так	Так
Одноразовий водонепроникний фартух	Ні	Так	Так	Ні
Одноразовий халат	Ні	Ні	Ні	Так
Водонепроникна (тип IIR) хірургічна маска	Так	Так	Ні	Ні

(ВХМ)				
Респіратор (клас 3) (FFP3)	Ні	Ні	Так	Так
Одноразові засоби захисту зору	Ні	Оцінювання ризику	Оцінювання ризику (завжди при використанні FFP3)	Так

*Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) для близького контакту з пацієнтом (менше 1 метра) також застосовуються і при зборі мазків з носа або носоглотки.

6.4.1 Водонепроникні (тип IIR) хірургічні маски (ВХМ)

Водонепроникні (тип IIR) хірургічні маски (ВХМ) використовують для захисту від передачі COVID-19 крапельним шляхом.

В усіх медичних закладах:

- ВХМ потрібно носити при роботі в близькому контакті (менше 2 м) з пацієнтом із симптомами COVID-19.
- Якщо пацієнти з COVID-19 були об'єднані в одну когорту, у зоні їх розміщення персоналу може бути варто носити ВХМ постійно, а не лише під час близького контакту з пацієнтом. Аналогічним чином, у закладах первинної допомоги/амбулаторіях може бути доцільно, аби персонал, який працює у відокремленій (для пацієнтів із COVID-19) зоні, носив ВХМ протягом перебування у цій зоні.
- ВХМ для профілактики COVID-19 має:
 - добре прилягати, закриваючи ніс і рот;
 - не висіти на шиї працівника до або після використання;
 - після надягання залишатися на місці, його не можна торкатися;
 - замінюватися після зволоження або пошкодження; та
 - носитися один раз, а потім утилізуватися як медичні (клінічні) відходи (після утилізації треба виконати гігієнічну обробку рук).

Якщо пацієнт із підозрою або підтвердженим COVID-19 фізично може перебувати у ВХМ, варто видати йому маску під час перебування в пункті оцінювання або тріажу будь-якого медичного закладу (за винятком випадків, коли пацієнт перебуває у відокремленій під COVID-19 зоні).

6.4.2 Респіратори класу 3 (FFP3)

Респіратори класу 3 (FFP3) слід носити завжди, коли існує ризик повітряної передачі пандемічного COVID-19, тобто під час аерозоль-генеруючих процедур (АГП), та постійно в палатах інтенсивної терапії та післяопераційних палатах, де зібрані пацієнти з COVID-19.

Усі обтягуючі засоби захисту органів дихання (ЗЗОД) (такі як респіратори FFP3) повинні бути:

- одноразовими та водонепроникними*. Водонепроникний FFP3 слід використовувати з відповідними засобами захисту зору.
- перевіреними на предмет щільності прилягання на усіх працівниках, яким може знадобитися використовувати респіратор FFP3, аби забезпечити належну герметичність/прилягання відповідно до інструкцій виробника; прилягання (відповідно до інструкцій виробника) має перевірятися щоразу, коли надягається респіратор FFP3, аби переконатися у його достатній щільності;
- сумісними з іншими засобами захисту обличчя, тобто засобами захисту зору, які мають не порушувати щільність прилягання респіратора. Звичайні окуляри для корекції зору не забезпечують належного захисту органів зору;
- утилізуватися та замінюватися при ускладненні дихання, пошкодженні або перекошуванні респіратора, його очевидному забрудненні виділеннями з органів дихання та іншими біологічними рідинами організму, або якщо неможливо підтримувати належне прилягання до обличчя;
- носитися один раз, а потім утилізуватися як медичні (клінічні) відходи (після утилізації треба виконати гігієнічну обробку рук).

* Якщо використовується респіратор FFP3, що не є водонепроникним, необхідно також використовувати щиток, який закриває усе обличчя.

Респіратор FFP3, хоч він і «одноразовий», можна носити стільки, скільки буде зручно — наприклад, протягом усього обходу палат або надання клінічної допомоги.

Після від'єднання FFP3 від обличчя респіратор необхідно викинути.

За відсутності передпокою/вестибюлю знімати респіратори FFP3 слід у безпечній зоні (наприклад, за межами ізоляційного боксу/когортної палати/зони).

Всі інші ЗІЗ мають зніматися в зоні догляду за пацієнтом.

Додаткову інформацію стосовно щільності прилягання та перевірки прилягання респіраторів можна знайти на веб-сайті Виконавчого комітету охорони здоров'я та безпеки праці Великої Британії.

Інструкції щодо волосяного покриву обличчя в контексті носіння FFP3 див. у Додатку 6.

6.5 Аерозоль-генеруючі процедури (АГП)

Аерозолі, що утворюються як результат медичних процедур — один із шляхів передачі вірусу COVID-19. Наступні процедури вважаються потенційно інфекційними АГП:

- Інтубація, екстубація та пов'язані з цим процедури;
- Трахеотомія/трахеостомія;
- Ручна вентиляція легень;
- Відкрите відсмоктування з дихальних шляхів;
- Бронхоскопія;
- Неінвазивна вентиляція (NIV), наприклад двофазна вентиляція з позитивним тиском у дихальних шляхах (BiPAP) та терапія позитивним постійним тиском у дихальних шляхах (CPAP);
- Хірургічні процедури та процедури розтину із застосуванням швидкісних пристроїв;
- Вентиляція високочастотними коливаннями (ВВЧК);
- Подача кисню з високим тиском через ніс (HFNO)
- Індукція мокротиння (див. глосарій);
- Деякі стоматологічні процедури (наприклад, високошвидкісне свердління).

Будь-які з цих потенційно інфекційних АГП в пацієнтів із підозрою або підтвердженим COVID-19 повинні виконуватися тільки в разі крайньої необхідності. Наскільки можливо, ці процедури мають виконуватися в одиночній палаті з зачиненими дверима. Присутні мають бути лише ті медичні працівники, які необхідні для виконання процедури. Виконавці процедури та присутні у приміщенні повинні використовувати одноразовий, водостійкий хірургічний халат, рукавички, засоби захисту зору та респіратор FFP3.

Деякі інші процедури та види обладнання можуть утворювати аерозоль з матеріалів, які не є виділеннями організму пацієнта, але вони не вважаються джерелом значного ризику інфекції. До подібних процедур належать:

- подача зволоженого кисню під тиском;
- введення препарату за допомогою небулайзера.

Увага: Під час розпилювання за допомогою небулайзера аерозоль виникає з джерела, не пов'язаного з пацієнтом (це рідина з камери небулайзера), та не несе вірусних частинок з організму пацієнта. Якщо частинка в аерозолі з'єднується з зараженою слизовою оболонкою, вона осідає, а отже, перестає бути частиною аерозолу. Персонал має виконувати гігієнічну обробку рук, коли допомагає пацієнтам знімати небулайзери та кисневі маски.

6.6 Управління обладнанням і середовищем надання допомоги

Знезараження обладнання та середовища мають виконуватися з використанням або:

- Комбінованого розчину очисного засобу/дезінфектанту в концентрації 1000 частин на мільйон активного хлору; або ж
- Нейтрального очисного засобу в розчині теплої води, після якого застосовується розчин дезінфектанту в концентрації 1000 частин на мільйон активного хлору.

Повинні використовуватися лише ті очисні засоби та дезінфектанти, які були надані роботодавцем. Розчини повинні бути підготовлені та використані у відповідності до інструкцій виробника; треба також виконати вказівки щодо «контактного часу» продукту.

6.6.1 Обладнання

Медичне обладнання повинне, за можливості, бути одноразовим. Придатне для повторного використання неінвазивне обладнання потрібно, за можливості, індивідуально призначати для використання пацієнтом або когортою пацієнтів.

Придатне для повторного використання неінвазивне обладнання необхідно знезаражувати:

- між кожним пацієнтом та після використання пацієнтом;
- після забруднення кров'ю та біологічними рідинами організму;
- регулярно, в рамках процедури очищення обладнання.

Може бути потрібно забезпечити підвищену частоту проведення знезараження багаторазового неінвазивного медичного обладнання при його використанні в ізольованих/когортних зонах.

- апарати штучної вентиляції легень мають захищатися високоефективними фільтрами, такими як BS EN 13328-1
- слід використовувати закриті системи для відсмоктування з дихальних шляхів

Див. у **Додатку 4** вказівки щодо регулярного знезараження багаторазового неінвазивного медичного обладнання.

Уникайте використання вентиляторів для рециркуляції повітря.¹⁰

Немає потреби користуватися одноразовим посудом або столовим приладдям. Посуд і столове приладдя після використання можна мити вручну або у посудомийній машині за допомогою побутового очисного засобу та помірно гарячої води.

6.6.2 Середовище

Приміщення для ізоляції пацієнтів, когортні зони та клінічні приміщення необхідно знезаражувати щонайменше щоденно. Клінічні приміщення слід також знезаражувати після клінічних сеансів для пацієнтів із підозрою або підтвердженим пандемічним COVID-19. Крім того, ізоляційні бокси для пацієнтів потрібно очищати після завершення перебування в них пацієнтів:

- Після зникнення симптомів, виписки або переведення пацієнта (передбачається зняття та прання усіх штор та завіс між ліжками);

- Після виходу медичного персоналу після АГП. Звільнення приміщення від інфекційних частинок після АГП залежить від механічної/природної вентиляції та кількості повітрообмінів на годину. Вважається, що один повітрообмін видаляє з повітря близько 63% збудників; після 5 повітрообмінів їх залишається менше 1%. В ізоляційному боксі зі швидкістю вентиляції 10-12 повітрообмінів на годину практичним підходом буде провітрювання протягом щонайменше 20 хвилин; для суміжної кімнати з 6 повітрообмінами на годину такий час складатиме приблизно 1 годину. За консультаціями слід звертатися до місцевої Групи профілактики й контролю інфекцій (ГПКІ).

Графіки знезараження зон, де приміщення можуть забруднюватися сильніше, мають передбачати частіше знезараження. Йдеться, наприклад, про:

- туалети (в т.ч. крісла-туалети), зокрема, якщо в пацієнтів діарея;
- поверхні, до яких часто доторкаються: медичне обладнання, ручки дверей/туалету та верхні поверхні тумбочок, кнопки виклику медичного персоналу, підставки для прийому їжі в ліжку та поручні ліжка мають очищатися щонайменше двічі на день та після їх забруднення виділенням, екскрементами або рідинами організму.

Господарський персонал/прибиральники, які виконують знезараження середовища, повинні:

- бути приписані до певних зон та не переходити між зонами, де доглядають пацієнтів з COVID-19 та іншими зонами;
- пройти навчання стосовно того, які засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) потрібно використовувати та як правильно їх носити, знімати та утилізувати. Середовище має повсякчас бути чистим та не захаращеним. Всі необов'язкові предмети — наприклад, іграшки, книжки або журнали — повинні бути прибрані з прийомного покою та зон очікування, приміщень для консультацій та лікування, відділень невідкладної допомоги, кімнат відпочинку та лаунж-зон. Якщо ці предмети надаються, вони не повинні використовуватися більш ніж одним пацієнтом. Всі іграшки повинні бути придатними для очищення та мають регулярно чиститися (бажано одночасно із приміщенням).

6.7 Поводження з трупами

Принципи Стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ) та Заходів з урахуванням способу передачі (ЗУСП) застосовуються протягом усього часу, коли тіла померлих залишаються в лікарняному середовищі. Це пов'язано зі збереженням ризику передачі інфекції контактним шляхом, хоча цей ризик зазвичай нижчий, ніж у випадку з живими пацієнтами. Якщо було відомо або підозрювалося, що померлий був інфікований COVID-19, вимог щодо використання мішка для тіла немає, і такі процедури як огляд, гігієнічна підготовка, розтин та бальзамування дозволені.

Ця рекомендація була видана PHE після оцінювання ризику поширення інфекції під час розтину у відповідності до принципів, викладених у керівництві HSE щодо ризику крапельної передачі, див. «Управління ризиками інфікування при роботі з тілами померлих: керівництво для моргів, патологоанатомічних відділень та похоронних служб, а також під час ексгумацій».

<https://www.hse.gov.uk/pUbns/priced/hsg283.pdf>

7. Охорона здоров'я працівників та застосування персоналу

Швидке виявлення випадків COVID-19 серед медичного персоналу є запорукою обмеження поширення інфекції. Медичні працівники з грипоподібними захворюваннями не повинні виходити на роботу. Загальний принцип полягає у тому, що медичний персонал, який працює в зонах для пацієнтів з підозрою або підтвердженим діагнозом COVID-19, не повинен працювати з іншими пацієнтами, хоча можуть бути винятки.

Необхідно проводити оцінювання ризиків для медичного персоналу та соціальних робітників, для яких ризик ускладнень від COVID-19 підвищений — наприклад, вагітних. Роботодавець повинен:

- Обговорити з працівниками з групи ризику (або вагітними) потребу переведення з зон, де знаходяться люди з COVID-19 або з клінічною підозрою на його наявність, або ж, у закладах первинної медико-санітарної допомоги, з клінік, де ведеться робота з пацієнтами з симптомами COVID-19.
- Забезпечити доступ до консультацій для всіх медичних працівників, в т.ч. до спеціальних консультацій для осіб, що знаходяться в зоні ризику щодо ускладнень.

Працівники банків, агенцій та тимчасово виконуючі обов'язків мають керуватися тими ж рекомендаціями, що й постійний персонал.

Медичні працівники мають також працювати над тим, щоб програма перевірки щільності прилягання респіраторів класу 3 (FFP3) для персоналу, якому може знадобитися носити такі респіратори, була реалізована у відповідності до зобов'язань, покладених на заклад. У випадку порушення процедур контролю інфекції — наприклад, неправильному використанні респіратора FFP3 під час потенційно інфекційної аерозоль-генеруючої процедури (АГП) — персонал має пройти перевірку з техніки безпеки.

Відділи охорони здоров'я працівників повинні очолити впровадження систем моніторингу хвороб і відсутності персоналу.

За можливості, медичний персонал з підтвердженим COVID-19 (на ранніх стадіях спалаху це підтвердження може бути за результатами вірусологічного дослідження, пізніше ж, імовірно, підтвердження буде даватися за критеріями визнання випадку) має працювати в когортних зонах та доглядати за пацієнтами з підозрою або підтвердженим COVID-19. Такі працівники мають і надалі виконувати заходи контролю інфекції, в т.ч. носити засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) згідно з вимогами даного документа.

8. Окремі місця надання медичної допомоги

Наступні вказівки покликані допомогти у впровадженні принципів стандартних заходів контролю інфекцій (СЗКІ) та заходів з урахуванням способу передачі (ЗУСП), описаних у цьому документі, у різних категоріях місць надання медичної допомоги. Згадані принципи й заходи застосовні до будь-яких умов.

8.1 Будинки для літніх людей

У більшості випадків, в будинку для літніх людей ізолювати пацієнта з підозрою або відомим фактом інфікування можна у його кімнаті. Контагіозні (як це описувалося вище) пацієнти мають залишатися у своїй кімнаті, двері до якої повинні залишатися зачиненими (якщо ізолювати пацієнта не вдається, цей факт потрібно зафіксувати).

8.2 Заклади первинної ланки

У закладах первинної медико-санітарної допомоги (наприклад, у офісі лікаря загальної практики) пацієнти з підозрою на COVID-19 мають бути відокремлені у просторі або часі від інших пацієнтів. Цього можна досягти за рахунок:

- Створення у закладі окремої зони для пацієнтів з підозрою на інфекцію, у т.ч. окремих приймальних покоїв та зон очікування, якщо це можливо. Ця зона повинна бути відокремлена від інших зон зачиненими дверима. Для обмеження входу слід розмістити відповідні знаки, які повідомляють про відокремленість зони.
- Також пацієнтів з підозрою на вірус можна приймати у різних клініках в окремий від інших пацієнтів час із дезінфекцією зон спільного використання.
- Заклади загальної практики можуть бути розділені на заклади для пацієнтів з COVID-19 та заклади для пацієнтів без COVID-19. (Для реалізації цього підходу може знадобитися закрити деякі менш важливі клініки загальної практики).

- Медичний персонал закладів первинної ланки слід призначати, за можливості, працювати або лише з пацієнтами з COVID-19, або лише з іншими пацієнтами.

8.3 Амбулаторні заклади

Для пацієнтів з симптомами та тривалими медичними станами, які потребують лікування в амбулаторних умовах, можливі наступні варіанти:

- відкладання процедури та перенесення наступного візиту до амбулаторного закладу;
- переведення пацієнта до профільної лікарні з приміщеннями для ізоляції або когортними зонами;
- впровадження у відділеннях фізичних бар'єрів — таких як перегородки — для пацієнтів із симптомами COVID-19.

8.4 Стоматологія

Пацієнти з симптомами COVID-19 не мають отримувати рутинні стоматологічні послуги. Якщо існує підозра наявності невідкладного стану в контексті стоматології — наприклад, сильного крововиливу або ускладнення дихання — лікар має надати послуги у лікарні.

Якщо є потреба у невідкладній стоматологічній допомозі, слід звести до мінімуму чисельність присутнього медичного персоналу, який при цьому повинне використовувати засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) (див. Таблицю 1), зокрема якщо йдеться про високошвидкісне свердління (див. розділ 6.5).

8.5 Відвідування на дому

Відвідування на дому повинне тривати стільки, скільки потрібно, якщо йдеться про пацієнтів без COVID-19. Якщо виникне необхідність призупинити деякі візити лікаря, необхідно запровадити інші підходи для підтримки контакту (наприклад, за допомогою телефонного зв'язку). Медичний персонал та соціальні робітники, які здійснюють важливі невідкладні візити (наприклад, коли йдеться про захист дітей) до домів із підозрою або підтвердженим COVID-19, повинні виконувати заходи інфекційного контролю, описані у даному документі.

8.6 Карети швидкої допомоги

Відокремлення пацієнтів у каретах швидкої допомоги можна досягти за рахунок:

- виділення в рамках кожної зміни автомобіля(-ів) для перевезення пацієнтів із підозрою або підтвердженим COVID-19;
- перевезення пацієнтів із кашлем і чханням по одному, наскільки це можливо. Однак, якщо служба стикнеться з підвищеним навантаженням, двох пацієнтів із симптомами COVID-19 можна перевозити разом, при цьому вони повинні використовувати водонепроникні (тип IIR) хірургічні маски (ВХМ).

В залежності від стадії пандемії та оцінювання ризику, від персоналу швидкої допомоги може вимагатися використання засобів захисту органів дихання (ЗЗОД). Відповідні рішення приймаються на місцях.

8.7 Відділення невідкладної допомоги та оцінювання гострих станів

Під час піку пандемії відділення невідкладної допомоги та оцінювання гострих станів можуть стикнутися з надмірним напливом пацієнтів. Потрібно буде застосовувати альтернативні підходи до тріажу та початкового оцінювання, аби:

- швидко перевірити та ідентифікувати осіб з симптомами COVID-19 після їх надходження;
- відокремити пацієнтів із симптомами від інших, аби знизити ризик передачі;
- якомога раніше визначити, якої саме допомоги потребуватимуть пацієнти (тобто оглянути та виписати або госпіталізувати для лікування).

8.7.1 Скринінг і тріаж

Перед входами до відділень, до проводиться оцінювання стану пацієнтів, потрібно розмістити знаки й написи, які повідомлятимуть пацієнтам із симптомами про необхідність звернути увагу медичного персоналу на ці симптоми одразу після прибуття.

Спеціалісти з тріажу мають розташовуватися в приймальному покої для керування потоком пацієнтів, в т.ч. шляхом відтермінування надання допомоги пацієнтам, які не потребують невідкладної допомоги.

8.7.2 Приймальний покій

Пацієнти з симптомами COVID-19 мають бути одразу ж переведені до відокремленої зони для очікування і оцінювання. Пацієнтам слід наказати залишатися у цій зоні очікування та не заходити до інших відділень або інших частин лікарні/корпусу, а також не виходити до зон загального користування (таких як їдальня). Слід належним чином використовувати знаки, написи і фізичні бар'єри.

В разі неможливості виділення окремих зон для пацієнтів із симптомами COVID-19 слід виділити альтернативну зону для пацієнтів із найвищим ризиком ускладнень від COVID-19, у яких немає респіраторних симптомів (це, наприклад, пацієнти, що прийшли для проведення діалізу, пацієнти, в анамнезі яких присутні пересадка органів, трансплантація кровотворних клітин або хіміотерапія, або ж люди, імунітет яких послаблений з інших причин).

Пацієнти без симптомів COVID-19, які, втім, потребують швидкого оцінювання гострого стану, мають бути спрямовані до спеціальної зони очікування й огляду, фізично відокремленої від зони очікування й оцінювання для COVID-19.

8.7.3 Інтенсивна терапія

Необхідно використовувати ЗІЗ:

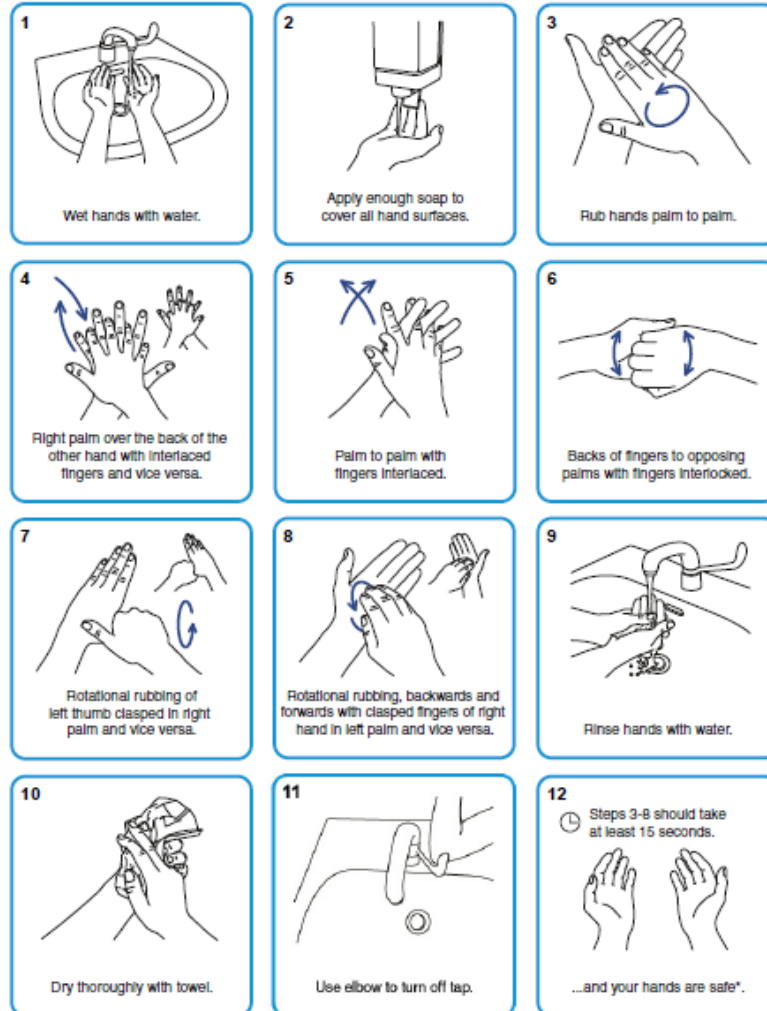
- усе респіраторне обладнання повинне бути захищене високоефективними фільтрами, такими як BS EN 13328-1. Фільтр після використання має бути утилізований
- за можливості потрібно використовувати одноразове респіраторне обладнання. Багаторазове обладнання необхідно, щонайменше, знезаражувати у відповідності до інструкції виробника
- необхідно використовувати закриту систему для відсмоктування з дихальних шляхів
- дихальні контури апаратів ШВЛ не повинні розриватися без крайньої необхідності
- при проведенні ШВЛ за допомогою мішка Амбу апарати ШВЛ мають перебувати в режимі очікування

8.7.4 Операційні

- операційну слід заздалегідь поінформувати про надходження пацієнта з підтвердженим або можливим випадком COVID-19
- пацієнта потрібно доставляти безпосередньо до операційної, при цьому на ньому має бути хірургічна маска (якщо він фізично здатний її носити)
- пацієнт повинен отримати анестезію та повернутися до свідомості у операційній. Персонал повинен використовувати захисний одяг, але лише ті, хто ризикує зазнати впливу процедур, що спричиняють появу аерозолів (тобто під час інтубації) повинні надягати респіратори FFP3 та повні хірургічні костюми. Питання щодо використання респіраторного/анестезійного обладнання розглянуті у розділі щодо інтенсивної терапії (див. вище)
- прилади та пристрої повинні знезаражуватися як звичайно, у відповідності до рекомендацій виробника
- як ручка, так і насадка ларингоскопа мають або бути одноразовими, або повністю дезінфікуватися. Відеонасадки для ларингоскопів повинні бути одноразові, а ручка має знезаражуватися відповідно до інструкцій виробника.
- операційна має прибиратися відповідно до діючих на місці правил щодо інфікованих пацієнтів, при цьому особливу увагу слід приділяти точкам контакту рук на наркозному апараті
- в разі використання звичайної вентиляції, операційна не повинна використовуватися персоналом або пацієнтами протягом 20 хвилин після того, як її покинув пацієнт, або протягом 5 хвилин в разі використання ультрачистої вентиляції
- можливі або підтверджені випадки COVID-19 мають, за можливості, розміщуватися у кінці списку

Додаток 1 «Найкраща практика миття рук»

Кроки 3-8 слід виконувати не менше 15 секунд



1. Змочити руки водою.
2. Нанести достатньо мила, щоб змити усю поверхню рук.
3. Потерти руки долоня об долоню.
4. Права долоня на тильній стороні лівої, пальці перехрещені; потім навпаки.
5. Долоня до долоні, пальці перехрещені.
6. Пальці зворотною стороною труться об долоні, пальці зчеплені.
7. Кругове натирання лівого великого пальця, затиснутого в правій долоні та навпаки.
8. Кругове натирання назад і вперед правої руки у лівій долоні та навпаки, пальці зчеплені.
9. Сполоснути руки водою.
10. Витерти рушником насухо.
11. Ліктем вимкнути кран.
12. Кроки 3-8 мають тривати не менше 15 секунд... і ваші руки — в безпеці.*

*З будь-якими скаргами щодо стану шкіри звертатися до спеціаліста з трудової гігієни або лікаря-терапевта.

Додаток 2 «Найкраща практика обробки рук»

Тривалість: 20-30 секунд



1. Налити продукт у долоню та вкрити ним усі поверхні.
2. Потерти руки долоня об долоню.
3. Права долоня на тильній стороні лівої, пальці перехрещені; потім навпаки.
4. Долоня до долоні, пальці перехрещені.
5. Пальці зворотною стороною труться об долоні, пальці зчеплені.
6. Кругове натирання лівого великого пальця, затиснутого в правій долоні та навпаки.
7. Кругове натирання назад і вперед правої руки у лівій долоні та навпаки, пальці зчеплені.
8. Після висихання ваші руки будуть у безпеці.

Додаток 3 «Найкраща практика надягання та знімання ЗІЗ»

Використовуйте безпечні робочі практики для захисту себе та обмеження поширення інфекції

- Не торкайтеся руками обличчя та надягнених ЗІЗ.
- Змінійте порвані або сильно забруднені рукавички.
- Обмежуйте кількість поверхонь, яких торкаєтесь у приміщенні з пацієнтом.
- Регулярно виконуйте гігієнічну обробку рук.
- Завжди мийте руки після зняття рукавичок.

Увага: Маски й окуляри зазвичай не рекомендують як засіб проти контактної передачі інфекції. Можете використовувати їх у рамках СЗКІ або за наявності інших шляхів передачі.

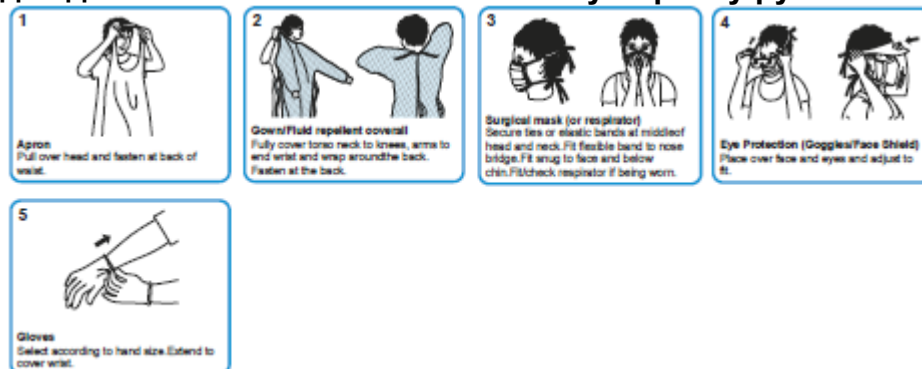
Вид ЗІЗ залежить від того, з яким ризиком ви маєте справу, і можуть бути потрібні не всі види ЗІЗ.

Порядок надягання ЗІЗ: фартух або халат, хірургічна маска, захист зору (якщо потрібно) і рукавички.

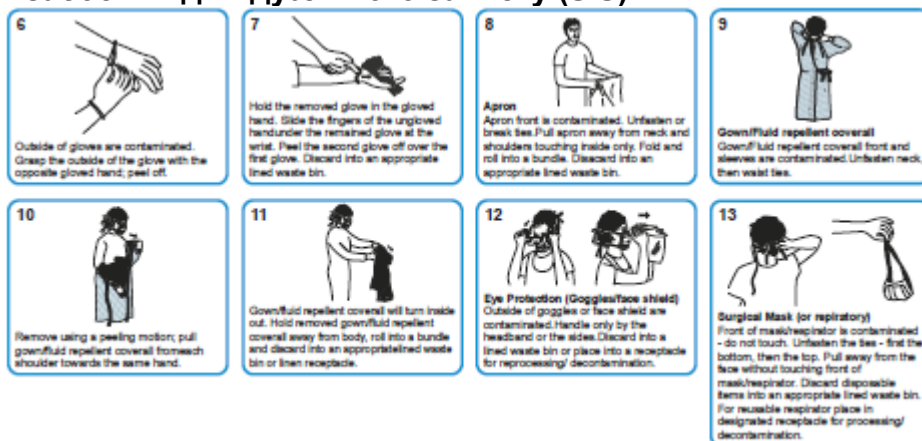
Порядок знімання ЗІЗ: рукавички, фартух або халат, захист зору, хірургічна маска.

1. Надягання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ).

- **Перед надяганням ЗІЗ виконайте гігієнічну обробку рук**

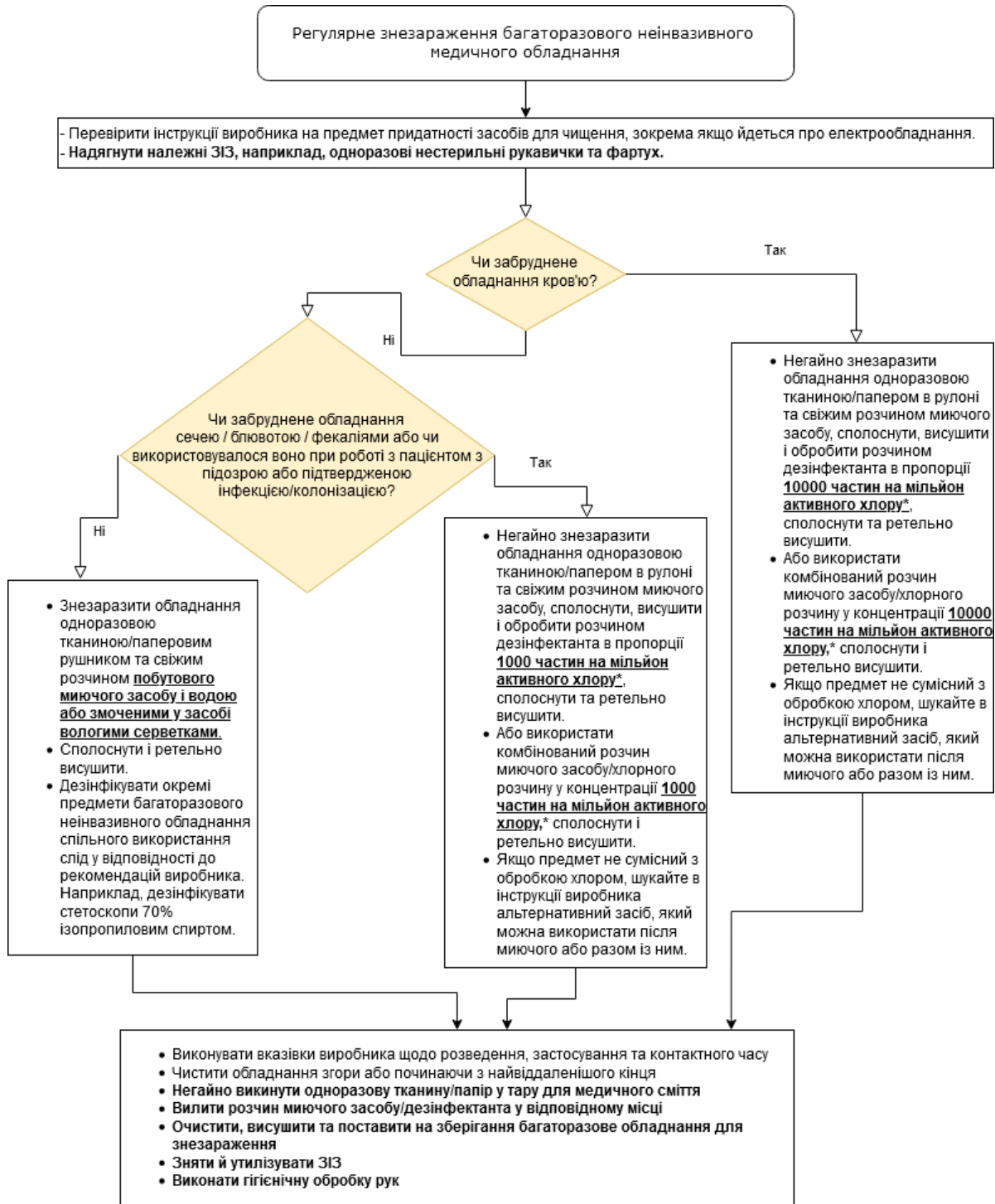


2. Знімання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ)



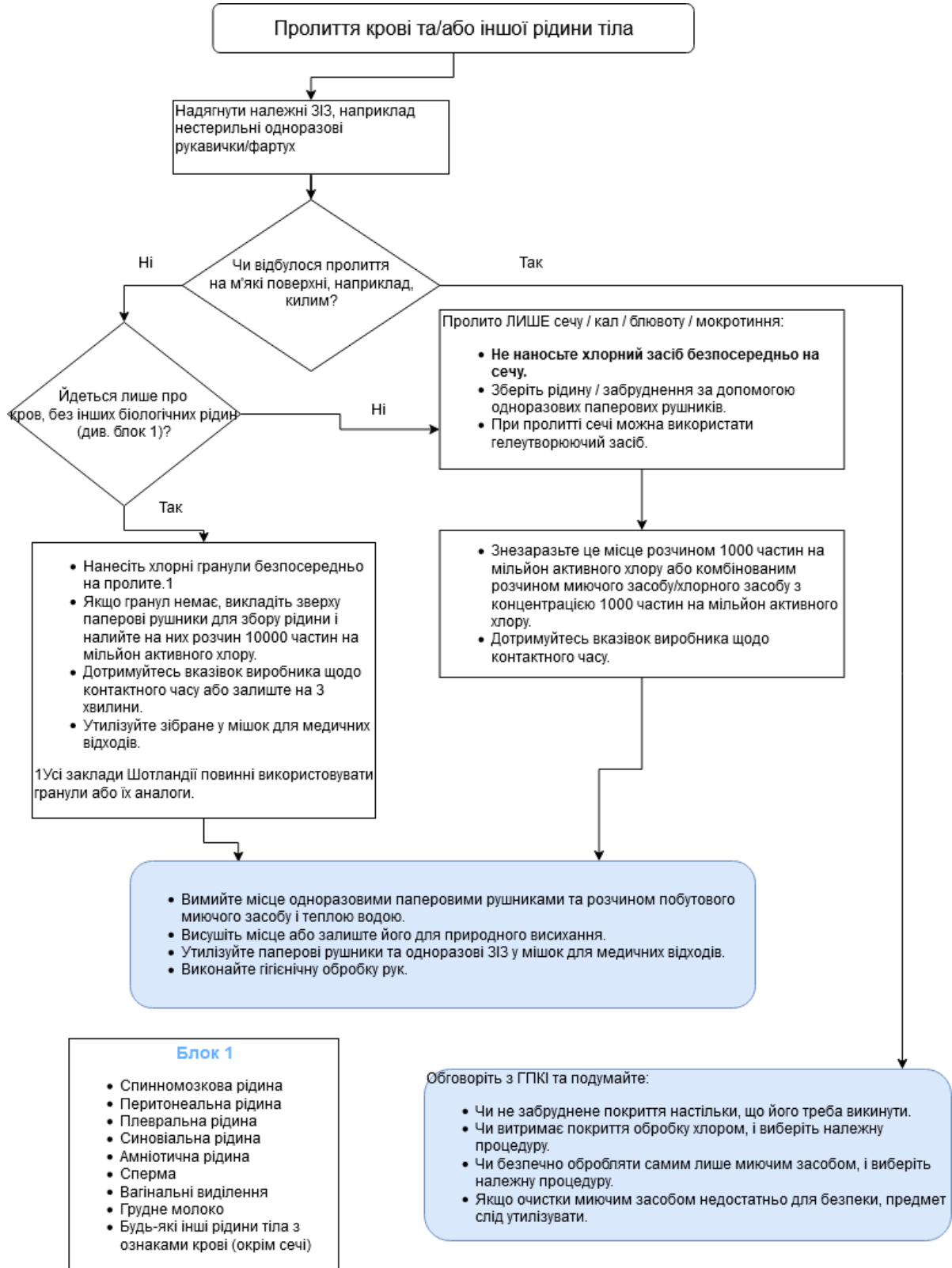
- **Одразу після зняття ЗІЗ виконайте гігієнічну обробку рук.**
- **Усі ЗІЗ слід знімати перед виходом із зони та утилізувати як медичні відходи.**

Додаток 4 «Регулярне знезараження багаторазового неінвазивного медичного обладнання»

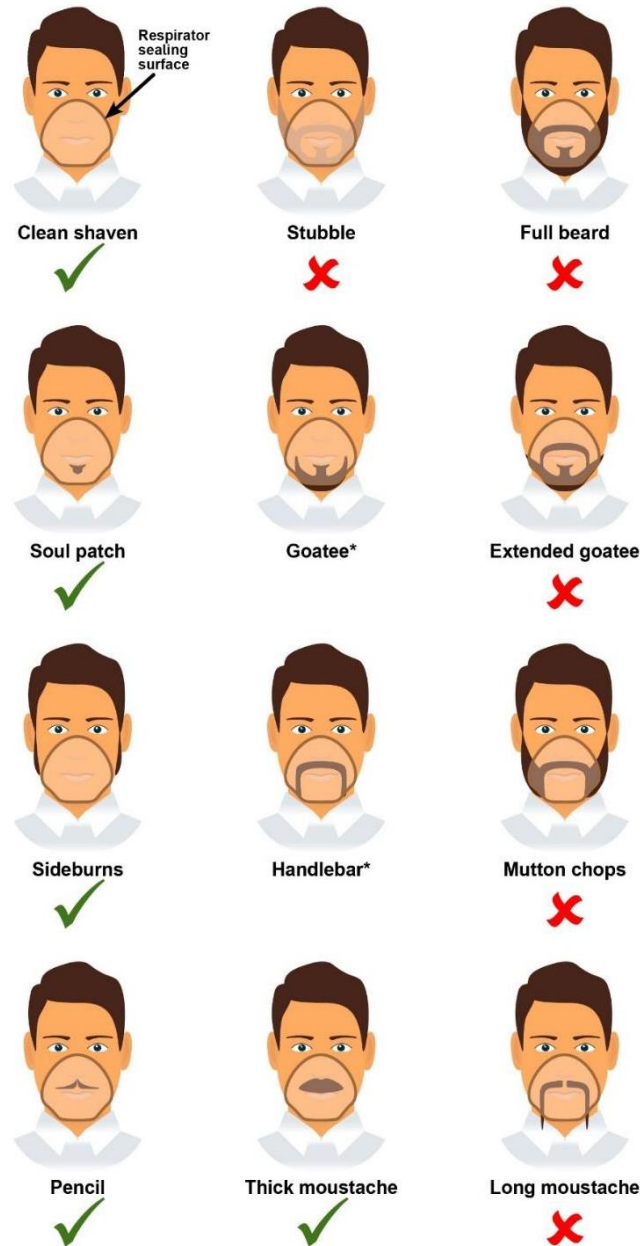


* Шотландська національна служба переливання крові та Шотландська служба швидкої допомоги використовують інші продукти

Додаток 5 «Найкраща практика реагування на проливи крові та інших біологічних рідин організму»



Додаток 6 «Волосяний покрив на обличчі та респіратори FFP3»



*Волося не повинне потрапляти в зону прилягання респіратора до поверхні обличчя.

За будь-якого варіанту волосся не повинне заважати прилягання респіратора. При використанні респіратора з клапаном для видиху волосся всередині надягнутої маски не повинне тиснути на клапан або торкатися нього.

*Адаптовано з документа The Centers for Disease Control and Prevention, The National Personal Protective Technology Laboratory (NPPTL), NIOSH. Facial Hairstyles and Filtering Facepiece Respirators. 2017.

Див. <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/RespiratorInfographics.html> . Версія від 26.02.2020.

Додаток 7 «Глосарій»

Аерозоль-генеруючі процедури (АГП)	Певні медичні та пов'язані з доглядом за пацієнтом дії, які можуть призвести до викиду підвішених у повітрі частинок (аерозолів). АГП можуть створювати ризик повітряної передачі інфекцій, які зазвичай передаються лише крапельним шляхом.
Передача повітряним шляхом	Передача інфекції від однієї особи до іншої за допомогою підвішених у повітрі частинок (аерозолів), в яких знаходяться збудники інфекції.
Підвішені в повітрі частинки	Дуже дрібні частинки, в яких можуть міститися збудники інфекції. Вони можуть залишатися в повітрі протягом тривалого часу та переноситися повітряним потоком на значні відстані. Такі частинки можуть вивільнятися під час чхання або кашлю, а також під час аерозоль-генеруючих процедур (АГП). «Краплеподібні ядра» — це аерозолі, утворені в результаті випаровування більших за розміром краплин (див. «Передача крапельним шляхом»). Аерозолі, утворені з більших краплин, поведуться так само, як і інші аерозолі.
Заходи щодо передачі повітряним шляхом	Заходи, які використовуються для профілактики й контролю поширення інфекції без тісного контакту — через аерозолі (не більше 5 мкм) з дихальних шляхів однієї особи безпосередньо на поверхні слизових оболонок іншої людини. Аерозолі можуть проникати до респіраторної системи до рівня альвеол.
Стандарти BS/EN	Обов'язкові технічні специфікації, розроблені Британським інститутом стандартів (BS) або Європейськими організаціями стандартизації (EN) спільно з державними установами, галузевими експертами та професійними об'єднаннями. Вони покликані забезпечити якість і безпеку товарів, послуг та систем.

Когортна зона	Зона (кімната, палата, бокс), у якій розміщуються двоє або більше пацієнтів (когорта) з однаковою підтвердженою інфекцією. Когортна зона має бути фізично відокремлена від інших пацієнтів.
Заходи щодо передачі контактним шляхом	Заходи, які використовуються для профілактики та контролю інфекцій, які поширюються шляхом прямого контакту з пацієнтом або опосередковано через оточуюче пацієнта середовище (в т.ч. медичне обладнання). Це — найбільш поширений шлях передачі інфекції.
Передача контактним шляхом	Контактний спосіб — найбільш поширений шлях передачі інфекції. Виділяють два його різновиди: прямий та непрямий контакт. Пряма передача відбувається, коли мікроорганізми передаються безпосередньо від інфікованої особи до іншої людини без залучення іншої забрудненої особи або предмета (фоміта). Непряма передача відбувається тоді, коли мікроорганізми передаються від інфікованої особи до іншої особи через забруднений предмет або особу (фоміт).
COVID-19	COVID-19 — це гостре інфекційне респіраторне захворювання, яке викликається новітнім штамом коронавірусу. Хвороба була виявлена в Китаї у грудні 2019 року, і згодом поширилася на весь світ.
Заходи щодо передачі крапельним шляхом	Заходи, які використовуються для профілактики й контролю передачі інфекції на короткій відстані (щонайменше 1 метр або 3 фути) через краплини (>5 мкм) з дихальних шляхів однієї особи безпосередньо на поверхні слизових оболонок іншої людини. Краплини проникають до респіраторної системи над рівнем альвеол.
Передача крапельним шляхом	Передача інфекції від однієї особи до іншої за допомогою підвішених краплин, у яких містяться збудники інфекції.
Засоби захисту зору/обличчя	Використовуються, якщо існує ризик розбризкування виділень (в т.ч. з дихальних шляхів). Захист зору обличчя можна забезпечити при використанні будь-якого з наступних засобів:

хірургічна маска з інтегрованим візором, щиток для обличчя, полікарбонатні захисні окуляри тощо;

FFP3

Засіб для захисту органів дихання, який надягається на ніс та рот. Призначений для захисту користувача від вдихання небезпечних речовин, у т.ч. аерозолів. FFP означає «фільтруючий пристрій для обличчя». Існує три категорії респіраторів FFP: FFP1, FFP2 та FFP3. Респіратор FFP3 забезпечує найвищий рівень захисту. Це єдина категорія респіраторів, законодавчо дозволена для використання в лікарняних закладах Великої Британії.

Водонепроникна (тип IIR) хірургічна маска (ВХМ)

Одноразова водонепроникна маска, яка надягається на ніс та рот для захисту слизових оболонок носа і рота користувача від потрапляння бризок та інфекційних краплин. ВХМ також може використовуватися для захисту пацієнтів. Коли в рекомендаціях щодо контролю інфекцій згадується «хірургічна маска», зазвичай йдеться про водонепроникну (тип IIR) хірургічну маску.

Водонепроникний

Цей термін застосовується до тканин, які не пропускають рідину; часто використовується як синонім слова «водовідштовхуючий» при описі властивостей захисного одягу або обладнання.

Поверхні, до яких часто доторкаються

Поверхні доквілля, до яких люди часто доторкаються руками.

Інфекційне захворювання, що викликає тяжкі наслідки (ІЗТН)

У Великій Британії інфекційні захворювання, що викликають тяжкі наслідки, визначаються за наступними критеріями: Гостре інфекційне захворювання; зазвичай характеризується високою летальністю; ефективна профілактика або лікування можуть бути відсутні; нерідко буває важко швидко визначити та виявити; здатне поширюватися у громаді та в медичних закладах; дієва, ефективна та безпечна протидія вимагає посиленої відповіді з боку окремих людей, популяції та системи.

Медичні/клінічні відходи

Відходи, що виникають в результаті медичної діяльності: наприклад, брудні

Відділення підвищеного ризику	перев'язувальні матеріали, гострі предмети. Відділення інтенсивної терапії, післяопераційні палати.
Інкубаційний період	Період між інфікуванням особи збудником захворювання та проявом хвороби, яку він викликає.
Індукція мокротиння	Індукція мокротиння зазвичай передбачає розпилювання сольового розчину за допомогою небулайзера для зволоження та розмочування виділень з дихальних шляхів (може супроводжуватися фізіотерапією грудної клітини (перкусія та вібрація)) з метою викликати потужний кашель.
Інфікована білизна	Білизна, яка використовувалася пацієнтом, у якого підозрюють або встановили інфекційність, та/або білизна, забруднена кров'ю та/або іншими рідинами організму, наприклад, екскрементами.
Хронічний медичний стан	Визначається як: <ul style="list-style-type: none">• Хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіт, емфізема або астма• Хвороба серця• Хвороба нирок• Хвороба печінки• Інфаркт або транзиторна ішемічна атака (TIA)• Діабет• Знижений імунітет внаслідок хвороби або лікування — наприклад, при вживанні стероїдних препаратів чи лікуванні раку• Неврологічний стан — наприклад, хвороба Паркінсона, хвороба мотонейрона, множинний склероз (МС), церебральний параліч або порушення здатності до навчання

- Проблема з селезінкою, в т.ч. серповидноклітинна анемія, або видалення селезінки в анамнезі
- ІМТ від 40 і вище (ожиріння).

Ізоляційна палата з від'ємним тиском

Палата, в якій підтримується постійний від'ємний тиск, тобто потік повітря ззовні (наприклад, з коридору) втягується всередину, а потім витягується на вулицю.

Нові віруси (в т.ч. респіраторні)

Цент контролю й профілактики захворювань (CDC) визначає нові інфекційні захворювання наступним чином:

- Нові інфекції, викликані змінами або розвитком існуючих організмів.
- Відомі інфекції, які поширюються у нові географічні зони або охоплюють нові популяції.
- Раніше невідомі інфекції, які з'являються на територіях, де відбуваються екологічні перетворення.
- Старі інфекції, які набирають силу внаслідок формування лікарської стійкості відомих збудників або недоліків у сфері громадського здоров'я.

Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ)

Обладнання, яке особа носить для захисту від ризиків для здоров'я або безпеки, в т.ч. від впливу збудників інфекції. Рівень ЗІЗ залежить від збудника інфекції, про якого існують підозри або є відомості; важкості хвороби, яка може бути викликана; шляху передачі збудника; процедури/завдання, які виконуються.

Краплини з органів дихання

Дрібні краплини — наприклад, частинка вологи — які вилітають з рота під час кашлю, чхання або говоріння.

Респіраторні симптоми

До респіраторних симптомів відносять

	<p>ринорею (нежить), хворе горло, кашель, ускладненість дихання або задишку.</p>
Відокремлення	<p>Фізичне відокремлення або ізоляція від інших людей.</p>
SARS-CoV	<p>Тяжкий гострий респіраторний синдром-коронавірус — вірус, що викликав спалах коронавірусної хвороби людини у 2003 році.</p>
SARS-CoV-2	<p>Тяжкий гострий респіраторний синдром-коронавірус-2 — вірус, що викликав спалах хвороби COVID-19 у 2019 році.</p>
Стандартні заходи контролю інфекції (СЗКІ)	<p>СЗКІ — це базові заходи з профілактики та контролю інфекцій, необхідні для зниження ризику передачі збудників захворювань з відомих та невідомих джерел.</p>
Одиночна палата	<p>Палата з місцем на одного пацієнта, зазвичай оснащена щонайменше: ліжком, тумбочкою/шафою та лікарняним рукомийником.</p>
Формування когорт персоналу	<p>Коли медичний персонал доглядає одну конкретну групу пацієнтів та не переходить від однієї когорти пацієнтів до іншої. Когорти пацієнтів можуть включати, приміром, групи «симптомних», «безсимптомних і контактних» або «безсимптомних і безконтактних» пацієнтів.</p>
Заходи з урахуванням способу передачі	<p>Заходи, які вживаються на додачу до СЗКІ при догляді за пацієнтами з відомою або підозрюваною інфекцією або колонізацією.</p>

Література

1. Health Protection Scotland. Rapid Review: Infection Prevention and Control Guidelines for the Mangement of COVID-19. Health Protection Scotland, 2020.
2. Offeddu V, Yung CF, Low MSF, et al. Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis* 2017; 65: 1934-1942. 2017/11/16. DOI: 10.1093/cid/cix681.
3. World Health Organization. *Report of the WHO-China Joint Commission on Coronavirus disease 2019*. 2020. World Health Organization.
4. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395: 514-523. 2020/01/28. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
5. Department of Health. Health Technical Memorandum 03-01: Specialised ventilation for healthcare premises. Part A - Design and installation. In: Estates and Facilities Division, (ed.). London: The Stationery Office, 2007.
6. World Health Organisation. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. WHO guidelines. https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/ (2014).
7. Coia J, Ritchie L, Adisesh A, et al. Guidance on the use of respiratory and facial protection equipment. 2013; 85: 170-182.
8. Subhash SS, Baracco G, Miller SL, et al. Estimation of Needed Isolation Capacity for an Airborne Influenza Pandemic. *Health Security* 2016; 14: 258-263.
9. Siegel JD RE, Jackson M, Chiarello L. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.: Centres for Disease Control and Prevention, 2007.
10. Health Protection Scotland. SBAR: Portable cooling fans (bladed and bladeless) for use in clinical areas. 2018.