

роботи як значущої; знання результатів своєї роботи через зворотній зв'язок з тими, хто користується результатами роботи, керівниками, колегами.

Зовнішні фактори, від яких залежить профілактика вигорання є: рівень оплати праці; справедливість оплати праці; фізична безпека робочого місця - соціальні контакти, які пропонують підтримку та займають важливу позицію.

Необхідно залучати працівників до протидії емоційному виснаженню. У робочому середовищі повинні виконуватися такі психологічні умови: значимість (працівники почуваються вартими, корисними, цінними); безпека (середовище, в якому люди відчують здатність діяти так, як це було б нормально для людини, не боячись негативних наслідків, відкритість і підтримка); доступність (працівники мають засоби, за допомогою яких можуть займатися своїми робочими завданнями в будь-який конкретний момент).

Основні задачі медичного закладу, через виконання яких можна провадити ефективну медичну практику в здоровому, ментально та фізично, колективі: поліпшити управління персоналом; інвестувати в розвиток лідерства – дослідження клініки Мейо показало, що підвищення на 1 бал в рейтингу лідерства лікарів зменшило ймовірне вигорання на 3,3%, а задоволення від роботи зросло на 9%; пропонувати гнучкий графік роботи; зменшення технологічного навантаження - часто для того, щоб не відставати від документації лікарям потрібно 60 годин – це час, який шкодить особистим стосункам та сім'ї. Рішення для подолання стресу, зв'язаного з технологіями може включати в себе: більш комплексне навчання, інвестування в більш оптимізовану систему чи, навіть делегування цієї роботи спеціально найнятим людям; зниження тягаря неклінічної діяльності; надавати підтримку та допомогу працівникам, які постраждали від вигорання; медичні заклади повинні запровадити чесну та справедливую політику та практику.

Найкращий метод протидії вигоранню – це його попередження - ефективний менеджмент, розвинута система мотивації та сформована корпоративна культура.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ ТА ПОШИРЕННЯ ВНУТРІШНЬО-ЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ**

*Бела Ю. М., Катрушов О.В.*

Полтавський державний медичний університет

Сучасний підхід до розробки та впровадження окремих заходів щодо попередження виникнення ВЛІ полягає в тому, що ці положення мають базуватися на принципах доказової медицини. Доказова медицина - це медицина, заснована на фактах, на чітко обґрунтованих наукових висновках,

зроблених на базі об'ємних досліджень, що включають велику кількість спостережень. Рекомендації, спрямовані на зниження ризику інфекції області хірургічного втручання віднесено в ті або інші категорії (IA, IB, II, рекомендації відсутні або не вирішене питання), базуючись на наявних наукових даних, теоретичному обґрунтуванні і можливості застосування. Категорія IA. Рекомендації наполегливо рекомендуються для впровадження і доведено добре організованими експериментальними, клінічними або епідеміологічними дослідженнями. Категорія IB. Рекомендації наполегливо рекомендуються для впровадження, доведено певними експериментальними, клінічними або епідеміологічними дослідженнями і мають вагоме теоретичне обґрунтування. Категорія II. Пропонується для впровадження, засновані на припущеннях, даних клінічних або епідеміологічних досліджень, або мають теоретичне обґрунтування. Рекомендації відсутні; невирішене питання. Заходи, для яких відсутні достатні докази ефективності або не досягнуто консенсусу.

З появою пандемії SARS-CoV-2 (2019 рік) виникли нові ризики розповсюдження ВЛІ в межах ЗОЗ, особливо це стосується відділень, що надають оперативну хірургічну допомогу пацієнтам. Встановлено, що SARS-CoV-2 інтенсивно поширюється в людській популяції без залучення тваринного джерела практично виключно від людини до людини як антропоноз за допомогою повітряно-крапельного механізму передачі вірусу через аерозольні, переважно великодисперсні ( $>5$  мкм), виділення з дихальних шляхів, які швидко падають на землю через силу тяжіння, як правило, в межах 1-2 метрів від людини-джерела. Також існує думка, що передача можлива через дрібнодисперсні аерозолі ( $\leq 5$  мкм), які швидко випаровуються у повітрі, залишаючи після себе ядра аерозолі, що є досить маленькими та легкими, щоб залишитися суспендованими у повітрі годинами (аналогічно пилу), що дає гіпотетично можливість зараження в приміщенні навіть вже за відсутності джерела інфекції, однак це дискутується. Не виключається можливість зараження через потрапляння аерозолів на кон'юнктиви, хоча ймовірним отут є зараження внаслідок торкання пальцями до повік, які забруднили виділення від хворого, або потирання їх, а потім несвідоме перенесення вірусу забрудненими пальцями до губ і надалі вдихання у дихальні шляхи.

Виявлені показники летальності стосовно зараження SARS-CoV-2 - 1,0% серед дорослих у віці 50–59 років, 3,5% серед 60–69 років, 12,8% серед 70–79 років і 20,2% серед 80 років і старше. Серед тяжкохворих, особливо з хірургічною патологією, летальність досягає 50% серед дорослих у віці 40–49 років і 87,5–100% серед тих, хто старше 70 років. Так як з віком кількість хірургічної патології статистично зростає, то вищезазначена статистика смертності викликає занепокоєння і потребує ретельного дотримання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів профілактики заносу інфекції SARS-CoV-2 у відділення хірургічного втручання. Екстрена госпіталізація за життєвими показниками хворих в період пандемії

призводить до непередбачуваної появи в стаціонарах пацієнтів – джерел ВЛІ, що може призвести до тяжких наслідків.

В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Проблема внутрішньолікарняних інфекцій залишається актуальною і потребує як уваги багатьох інституцій, так і їх скоординованої діяльності. Пандемія SARS-CoV-2 показала, що належний інфекційний контроль – це запорука безперебійної роботи ЗОЗ, здоров'я персоналу та пацієнтів. В першу чергу необхідно створити систему клініко-мікробіологічного та епідеміологічного моніторингу на базі інфекційного контролю. На національному рівні необхідно створити єдиний центр контролю за ВЛІ де потрібно було б проводити більш широкий обсяг лабораторних досліджень, аналізувати результати та розробляти прогнози щодо циркуляції та антибіотикорезистентності збудників окремих інфекційних хвороб, проводити довгострокове зберігання актуальних штамів збудника.

2. Кожна лікарня має ввести заходи для ефективної профілактики забруднення повітряного середовища лікарняного закладу аерозолями, що утворюються при керованому апаратному диханні, в стоматології, де працюють слино відсмоктувачі, в хірургічних відділеннях (операційні, маніпуляційні) де використовуються відсмоктувачі рідин (ексудат, гній та ін.) необхідно обладнати три централізовані системи забезпечення функціонування цих приміщень:

- подача медичного очищеного стерильного кисню;
- подача очищеного стерильного повітря до апаратів ШВЛ;
- вакуумного видалення відпрацьованого повітря від апаратів ШВЛ, слино відсмоктувачів, відсмоктувачів рідин з обов'язковим знезараженням перед викидом в атмосферу.

3. Посилення ризиків поширення внутрішньо-лікарняної інфекції в період пандемії SARS-CoV-2 також обумовлене фактором дефіциту часу на проведення обстеження пацієнтів на наявність супутніх захворювань інфекційного характеру. Екстрена госпіталізація за життєвими показниками хворих в період пандемії призводить до непередбачуваної появи в стаціонарах пацієнтів – джерел ВЛІ, що може призвести до тяжких наслідків.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПИ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Білойваненко О.І.<sup>1</sup>, Плужнікова Т.В.<sup>2</sup>, Костріков А. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Головне управління Держпродспоживслужби в Черкаській області,  
Золотоноша

<sup>2</sup>Полтавський державний медичний університет, Полтава

Особливо небезпечні інфекції (ОІІ) – це тяжкі гостро заразні інфекції, які здатні масово поширюватись у вигляді епідемій і пандемій і дають високий відсоток летальності. Особливо небезпечні інфекції: чума, холера, натуральна віспа (віспа мавп), жовта гарячка, тощо. Їх називають ще