

# ПРОФИЛАКТИКА ТИПИЧНЫХ КОЖНЫХ РЕАКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЧАСТОЙ ОБРАБОТКОЙ РУК

**В.С. Николаева,**  
специалист по гигиене рук компании «ASP, Джонсон & Джонсон»

**E-mail:** vnikola1@its.jnj.com

**Описаны факторы, влияющие на состояние кожи рук медицинских работников вследствие их частой обработки, типичные кожные реакции и способы их устранения и профилактики.**

**Ключевые слова:** кожные антисептики, гигиеническая обработка рук, уход за кожей рук, дерматит.

В наши дни общеизвестны важность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) и роль гигиены рук как самого простого и одного из самых эффективных способов борьбы с ВБИ. Современные нормы гигиенической обработки рук – как нормы ВОЗ (6), так и российские (5) – предусматривают проведение этой процедуры перед и после каждого контакта с пациентом, в том числе и в случае манипуляций, не требующих инвазивного вмешательства. Таким образом, в среднем медицинские работники должны обрабатывать руки до 30 раз в день (1) (в зависимости от особенностей работы и профиля отделения лечебно-профилактической организации – ЛПО), следствием чего являются дерматит, трещины и сухость, аллергические реакции, а также другие повреждения кожи. Около 25% медсестер сообщают о наличии у них на руках дерматита, а 85% имеют проблемы с кожей (3).

Существует 2 основных типа кожных реакций. Наиболее распространенный – раздражающий контактный дерматит; значительно реже встречается аллергический контактный дерматит. Первые симптомы раздражающего контактного дерматита – ощущение сухости кожи, появление зуда или жжения, кожа может казаться огрубевшей. Эти симптомы могут возникать без явно видимых признаков раздражения. Если медицинский персонал не принимает мер профилактики, в дальнейшем возможны воспалительное покраснение кожи, шелушение, трещины, а иногда даже кровотечения, причем перечисленные явления усиливаются во время обработки рук. Острая форма может перейти в хроническую. При длительном пребывании кожи в таком состоянии не исключено возникновение хронической экземы.

На фоне уже имеющегося раздражающего контактного дерматита повышается риск развития аллергического контактного дерматита. Немедленная аллергическая реакция возникает уже через несколько минут после контакта с аллергеном – отмечаются сильный зуд при покраснении кожи, высыпания в виде крапивницы. В случае замедленной реакции (через 24–72 ч после контакта с аллергеном) воспаление нарастает, что сопровождается сильным зудом, шелушением, отеком кожи, возникновением папул, пузырьков или узелков. Как правило, аллергический дерматит полностью

исчезает при исключении контактов с аллергеном и проведении медикаментозного лечения. Более того, если длительно не использовать средство, вызвавшее аллергию, чувствительность к нему может снизиться.

Считается, что чаще всего раздражающий контактный дерматит развивается при применении противомикробных препаратов для рук. Однако это не всегда так. Обычно он возникает, если кожа уже была повреждена из-за слишком частого контакта с водой или продолжительной работы в перчатках.

Кожа рук более уязвима, чем кожа лица, так как содержит в 5 раз меньше влаги и продуцирует меньшее количество липидов, которые ее защищают. К тому же руки гораздо чаще, чем другие части тела, подвергаются воздействию разрушающих факторов, поэтому коже рук так необходима дополнительная защита.

Если кожа повреждена, в том числе из-за неадекватных методов антисептики рук, транзитные микроорганизмы способны длительно колонизировать кожу, формируя при этом гораздо более опасную резидентную, но не нормальную микрофлору. Они проникают в подкожную жировую клетчатку, откуда их невозможно ни удалить с помощью мытья рук, ни уничтожить посредством кожного антисептика. В этих обстоятельствах руки медицинского персонала могут являться не только фактором передачи инфекции, но и ее резервуаром. Более того, носители инфекции могут быть выявлены только при специальном бактериологическом обследовании, санация их весьма затруднительна, если вообще возможна (4).

Немаловажно и то, что, согласно требованиям СанПиН (5), медицинский персонал с повреждениями кожи рук отстраняется от работы.

Интактная, неповрежденная кожа – лучший барьер на пути инфекций. Она обладает рядом естественных механизмов защиты (2): во-первых, это эпидермис, являющийся физическим барьером для микроорганизмов; во-вторых, кожа насыщена капиллярами, позволяющими быстро доставлять лейкоциты и другие вещества, необходимые для иммунного ответа; в-третьих, слабощелочной pH (5,5) естественным образом подавляет рост многих микроорганизмов.

Неправильно выбранные средства для мытья рук, например щелочные (обычное мыло), могут вызвать сухость и раздражение кожи, а также привести к образованию микротрещин из-за изменения уровня кислотности (pH) от слабощелочного в сторону более щелочного. Продолжительный контакт с моющими препаратами способен повысить pH кожи до 8,5. В этих условиях кожа не может естественным образом подавлять рост микроорганизмов, которые способны прони-

кать в подкожную жировую клетчатку и вызывать инфекцию; к тому же тогда их сложнее смыть и соответственно повышается риск заражения пациента, с которым контактирует медицинский персонал.

Поэтому необходимо выбирать средства, специально разработанные для использования в ЛПО, с учетом того, что медицинскому персоналу приходится мыть руки очень часто. Такие средства не содержат щелочей, богаты добавками, которые увлажняют, смягчают и ухаживают за кожей рук, регенерируют липиды, что позволяет поддерживать естественный защитный барьер. Так, глицериды служат для восстановления жирового баланса, лактат натрия увлажняет кожу, а воск и масло жожоба защищают и питают ее.

В современных городских условиях химический состав воды сам по себе может негативно влиять на состояние кожи. Например, жесткая вода сильно пересушивает ее, а у людей, имеющих тип кожи, склонный к сухости, истощение липидного слоя происходит быстрее.

Очень важно подбирать оптимальную температуру воды. Холодная вода способствует сужению сосудов, что, в свою очередь, тормозит деятельность сальных и потовых желез и ведет, таким образом, к потере влаги, вызывая сухость и дряблость кожных покровов. Горячая вода при длительном применении вызывает стойкое расширение поверхностных сосудов и ослабляет их стенки, вследствие чего кожа утрачивает эластичность.

Решить проблему может максимальное сокращение частоты контактов с водой. Так, мытье рук с водой и мылом необходимо для механического удаления видимых загрязнений (кровь, биологические жидкости и др.). Следует избегать неоправданно частого простого мытья рук. Если же такая необходимость есть, то между мытьем и антимикробной обработкой рук должен существовать временной интервал. Перед обработкой руки нужно мыть не более 1 мин, а при необходимости очистки кожи под ногтями следует пользоваться только мягкой щеткой. Важно также всегда хорошо смывать остатки моющих лосьонов и тщательно вытирать руки. Переходя от пациента к пациенту, при отсутствии на руках видимых загрязнений рекомендуется обрабатывать руки только спиртосодержащим антисептиком (5), что, помимо всего прочего, экономит время персонала, особенно если дозаторы с кожными антисептиками расположены в шаговой доступности или медицинский работник обеспечен антисептиком в карманном формате (100–150 мл). Но, поскольку спирт сам по себе тоже сушит кожу, антисептик должен содержать смягчающие и увлажняющие добавки в достаточном количестве.

По данным проспективных рандомизированных исследований, спиртовые средства со смягчающими добавками переносятся кожей рук лучше, чем мытье антибактериальным и простым мылом (3).

Важно соблюдать технику применения спиртовых препаратов для втирания. Не следует каждый раз перед применением спиртового антисептика мыть руки водой. Если такая необходимость возникает, следует с особой тщательностью высушить руки, иначе оставшаяся на руках влага не только снижает антисептическое действие препарата, но и ухудшает его переносимость. Не рекомендуется также мыть руки сразу после антисептической обработки, поскольку тогда смываются не только поверхностный слой липидов, но и смягчающие средства, входящие в состав спиртовых препаратов.

Еще один неблагоприятный фактор – необходимость частого применения медицинских перчаток. Перчатки следует

надевать только на сухие руки и по возможности избегать продолжительного пребывания в них.

Безусловно, чтобы сохранить кожу рук здоровой, необходимо регулярно пользоваться средствами для ухода за кожей – кремами и лосьонами, разработанными специально для ЛПО.

В новых СанПиН, вступивших в силу в 2010 г., много внимания уделяется защите кожи от негативных последствий частой обработки рук и уходу за ней. Необходимость наличия в ЛПО достаточного количества средств по уходу предусмотрена Требованиями к условиям труда медицинского персонала: «15.20. Для ухода за кожей рук использовать смягчающие и защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи» (5). Таким образом, лосьон или крем для ухода за кожей рук должен быть так же легко доступен для медицинского персонала, как и кожный антисептик. Однако ухаживать за руками нужно и в домашних условиях, используя косметические средства.

Современный подход к обеззараживанию рук должен быть комплексным. С одной стороны, это – выбор кожных антисептиков, оказывающих минимальное негативное воздействие, а с другой – обязательное наличие в ЛПО средств ухода за кожей. Такой комплекс представляет на рынке компания «Johnson & Johnson». Это линия средств для гигиенической и хирургической обработки рук и ухода за кожей марки Microshield®. Кожные антисептики Microshield® Dodeman® (растворы и гелевая форма) для гигиенической и хирургической обработки рук не только имеют широкий спектр антимикробной активности, но и содержат такие смягчающие и увлажняющие добавки, как, например, лактат натрия. Моющие лосьоны – Lanosoap® для обычного мытья рук и Lanosoap®Des с антимикробным эффектом – подходят для частого применения, так как в их состав не входят щелочи, они обладают оптимальным уровнем pH, содержат глицериды, восстанавливающие жировой баланс. А лосьон для ухода за кожей рук Lanoskin® благодаря воску и маслу жожоба идеально питает и защищает кожу, помогая поддерживать ее барьерную функцию.

Здоровая кожа рук вместе с линией Microshield® «Johnson & Johnson» – это гарантированный барьер на пути инфекций.

### Литература

1. Афиногенов Г.Е., Афиногенова А.Г. Современные подходы к гигиене рук медицинского персонала // *Клин. микробиол. и антимикр. химиотерапия.* – 2004; 1 (6).
2. Бубликова И.В., Гапонова З.В., Марченко Е.В. и др. *Инфекционная безопасность. Учебное пособие для студентов, слушателей и преподавателей образовательных учреждений среднего и дополнительного профессионального образования.* – СПб.: Диалог Пабблишинг, 2010. – 240 с.
3. Корчак Г.И., Морозова Н.С. *Практика гигиены рук.* – Киев: Ника-Центр, 2010. – 112 с.
4. Рекомендации по мытью и антисептике рук. Перчатки в системе инфекционного контроля / Под ред. акад. РАЕН А.П. Зуевой. – СПб., 2000. – 20 с.
5. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
6. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. – WHO Publications, Geneva, 2009.

### PREVENTION OF TYPICAL SKIN REACTIONS CAUSED BY FREQUENT HAND WASHING

V.S. Nikolayeva, Hand Hygiene Specialist, ASP, Johnson & Johnson

**The paper describes the factors that influence the skin of medical workers' hands due to their frequent washing, typical skin reactions, and ways of their elimination and prevention. .**

**Key words:** skin antiseptics, hygienic hand washing, hand skin care, dermatitis.