

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №142
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
(ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России)**

ПРИКАЗ

Межгорье

12 марта 2019 года

№62-П

**О совершенствовании эпидемиологической
безопасности в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России**

С целью усовершенствования системы учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, создания безопасной среды пребывания пациентов и медицинского персонала в медицинской организации, во исполнение положений СП 2.1.3.2630 -10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям осуществляющим медицинскую деятельность», СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Перечень инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) (Приложение №1).
 - 1.2. Сроки регистрации ИСМП после оказания медицинской помощи (Приложение № 2).
 - 1.3. Схемы микробиологического мониторинга выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (Приложение №3);
 - 1.4. Алгоритм действий при расследовании инфекционного заболевания медицинского работника, подозрительного на профессиональное (Приложение №4).
2. Обеспечить заведующим отделениями стационара и поликлиники ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России:
 - 2.1. Учет и регистрацию каждого случая инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, возникшего у пациента.
 - 2.2. Своевременную передачу экстренного извещения на каждый случай инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи в эпидемиологический отдел ФГБУЗ ЦГиЭ по телефону 2-14-97 в течение 24 часов.
 - 2.3. Регистрацию выявленных инфекций, связанных с оказанием медицинской услуги по учетной форме №058у и №060у (Приказ МЗ СССР от 04.10.1980 года №1030).
 - 2.4. Контроль за выполнением утвержденных схем микробиологического мониторинга.
3. По каждому случаю ИСМП, врачу-эпидемиологу А.Д. Грачевой, проводить расследование и проведение противоэпидемических мероприятий в течение первых суток с момента выявления инфекции.
4. Заместителю начальника по медицинской части Н.Ф. Кудаярову по каждому выявленному случаю инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, организовать заседание комиссии по ИСМП с обязательным участием врача-эпидемиолога, лечащего врача.

5. Заместителю начальника по поликлиническому разделу работы А.А.Гальчанскому повышать осведомленность населения о недопустимости самолечения, самостоятельного применения противомикробных лекарственных препаратов, увеличить охват пропагандой иммунопрофилактики и здорового образа жизни в СМИ и сети «Интернет».
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника по медицинской части Н.Ф. Кудаярова.

Начальник ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России



Ф.Р. Ильченко

Перечень инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
Вирусные и бактериальные пневмонии	J12-J15
Стрептококковая септицемия	A40
Другая септицемия, в том числе:	A41
Сепсис	A41.8
Газовая гангрена	A48.0
Бактериальный менингит, менингоэнцефалит и менингомиелит энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G00, G04.2 G04.9
Флебит и тромбофлебит	180
Острый перитонит	K65.0
Остеомиелит	M86
Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
Инфекция, связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.6,7
Инфекции, обусловленные протезным устройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5,6
Инфекции, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
Инфекция ампутированной культы	T87.4
Инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T85.7
Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.2
Острый цистит	N30.0
Уретральный абсцесс	N34.0
Инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0

Другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникшие во время пребывания в медицинской организации обозначаются кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме.

**Сроки регистрации ИСМП
после оказания медицинской помощи**

1. Пациентам хирургического профиля в течение 3-х месяцев после выписки.
2. Пациентам травматологического профиля (операции на костях и суставах) – в течение 1 года после выписки.
3. Новорожденным – в течение 7 дней после выписки из роддома.
4. Детям раннего возраста с генерализованными формами инфекции (сепсис, остеомиелит, менингит) в течение 3 месяцев после выписки.
5. Родильницам (роженицам) с диагнозами – эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и т.д.- в течение 30 дней после родов.
6. Внутрибольничная пневмония регистрируется у пациентов не менее чем через 48 ч после госпитализации (вентилятор-ассоциированная пневмония, послеоперационная пневмония и пневмония, которая развивается у пациентов, не находящихся на искусственном дыхании).

**Схемы микробиологического мониторинга выявления инфекций,
связанных с оказанием медицинской помощи**

1. Обследование пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких. Профилактика ИВЛ-ассоциированных инфекций дыхательных путей.

Исследование трахеобронхиального аспирата для микробиологического исследования при регистрации ИВЛ-ассоциированных инфекций дыхательных путей проводить по клиническим показаниям, совмещать с рентгенологическим обследованием и другими лабораторными методами:

- забор мокроты на бактериологический посев осуществляется на 3 сутки ИВЛ и далее с интервалом 3 суток до момента экстубации;
- забор мокроты на бактериологический посев осуществляется при поступлении больного на ИВЛ в день поступления и далее с интервалом 3 суток до момента экстубации.

2. Обследование пациентов с мочевым катетером или мочеприемником. Профилактика катетер-ассоциированных инфекций мочевых путей:

- забор мочи на бактериологический посев осуществляется на 4 сутки стояния катетера или мочеприемника, далее через 4 суток до удаления катетера или мочеприемника, в день удаления катетера или мочеприемника;
- забор мочи на бактериологический посев осуществляется на 1 сутки стояния катетера или мочеприемника, если пациент поступил с катетером или мочеприемником, далее через 4 суток до удаления катетера или мочеприемника, в день удаления катетера или мочеприемника.

3. Обследование пациентов с сосудистым катетером. Профилактика катетер - ассоциированных инфекций кровотока.

Одновременное микробиологическое исследование крови - бактериологический посев на стерильность и посев с поверхности извлеченного катетера (дистальный конец оптимальная длина 5 см) осуществляется вместе с пробами крови из периферических вен. Если в области выхода катетера имеются гнойные выделения, необходимо до обработки антисептиком данной области осуществить забор содержимого стерильным тампоном.

Посев крови осуществляют в 2–3 повторах в течение часа из различных анатомических участков тела. Объем крови в один комплект флаконов для посева, составляет от 20 до 30 мл у взрослых. Необходимо поддерживать асептические условия на протяжении всей процедуры забора крови. Забор крови из центрального венозного катетера может осуществляться в случае: если нет другого венозного доступа, для определения контаминации катетера, в дополнение к забору из периферической вены. Посев крови осуществляют:

- если при наблюдении за раной входного отверстия катетера и кожи вокруг него появились местные признаки инфекции (анализируется информация в медицинских документах о дате установки/ замене/ удалении катетера);

- у пациента имеются системные клинические проявления инфекции лихорадка $>37,5^{\circ}\text{C}$, гипертермия более $38,6^{\circ}\text{C}$, озноб или гипотензия, тахикардия, низкое или повышенное артериальное давление, повышение частоты дыхания, тяжелые локальные инфекции, отсутствие других явных источников инфекции;
- если посев произведен в 2–3 повторах, но результаты через 24 часа культивирования крови остаются отрицательными, а у пациента продолжают признаки системной воспалительной реакции, следует осуществить еще 2–3 повтора забора крови на посев;
- забор крови на бактериологический посев осуществляется на 4 сутки стояния катетера или ранее по показаниям (забор крови проводится из места стояния катетера и из интактной периферической вены), далее через 4 суток до удаления катетера, в день удаления катетера;
- забор крови на бактериологический посев осуществляется на 1 сутки стояния катетера, если пациент поступил с катетером из другого ЛПУ (забор крови проводится из места стояния катетера и из интактной периферической вены), далее через 4 суток до удаления катетера, в день удаления катетера.

4. Обследование пациентов после хирургических операций. Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства:

При подозрении на инфекционное осложнение провести бактериологический посев из отделяемого раны:

- при инфицировании раны, наличии гнойного отделяемого с поверхности разреза или при проведении ревизии раны;
- во время операции при наличии клинических показаний (боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, повышение температуры);
- гнойное отделяемое из глубины разреза, в месте данного хирургического вмешательства;
- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеется по крайней мере один из признаков или симптомов инфекции: лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) или локализованная боль или болезненность;
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, если при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

Бактериологические посевы также осуществляются вне мониторинга, если имеются клинические показания.

При получении результатов посева пересмотреть проводимую антибиотикотерапию в соответствии с данными антибиотикограммы.

**Алгоритм
действий при расследовании инфекционного заболевания
медицинского работника, подозрительного на профессиональное**

1. Все случаи инфекционных заболеваний медицинского персонала ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России, в том числе приобретенные при исполнении профессиональных обязанностей, передаются в отдел регистрации и учета инфекционных болезней Территориального Центра гигиены и эпидемиологии ФМБА России.
2. Медицинские работники ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России обязаны проводить все необходимые профилактические мероприятия в случае травматических повреждений и ситуаций с риском инфицирования при исполнении профессиональных обязанностей и подробно заполнять журнал аварийных ситуаций при ее возникновении.
3. Установление предварительного диагноза инфекционного и паразитарного заболевания, связанного с профессиональной деятельностью, проводится с участием врача-инфекциониста и врача-эпидемиолога.
4. Специалист Территориального Центра гигиены и эпидемиологии проводит расследование с заполнением карты эпидемиологического расследования в 2 –х экземплярах и составляет санитарно-гигиеническую характеристику условий труда медицинского работника в 4-х экземплярах.
5. Расследование каждого случая инфекционного заболевания медицинского работника, подозрительного на профессиональное, должно быть проведено: в течение 72 часов - после установления предварительного диагноза острого заболевания и в течение 10 суток - хронического профессионального заболевания у медицинского работника.
6. Карта эпидемиологического расследования составляется в 2-х экземплярах и является основным документом, подтверждающим профессиональный характер заражения, в которой обосновывается связь заболевания медицинского работника с профессиональной деятельностью, в т.ч. указывается, какого числа (за какой период времени) и с больным каким инфекционным заболеванием имелся профессиональный контакт или какого числа была получена микротравма (в ходе оперативного вмешательства, проведения процедуры, инъекции), проводимого пациенту, носителю возбудителей гемоконтактных инфекций.
7. Экспертиза связи заболевания с профессией проводится в специализированной медицинской организации - Центре профессиональной патологии.
8. При предварительном диагнозе профессионального заболевания (отравления), в месячный срок необходимо направить больного на амбулаторное или стационарное обследование в специализированный Центр профессиональной патологии с представлением следующих документов:
 - выписка из медицинской карты амбулаторного и (или) стационарного больного;
 - сведения о результатах предварительного и периодических медицинских осмотров;
 - санитарно-гигиеническая характеристика условий труда при подозрении на наличие профессионального заболевания составляется по установленной форме в 4-х экземплярах;
 - копия трудовой книжки.
9. Центр профессиональной патологии на основании клинических данных состояния здоровья работника и вышеперечисленных документов устанавливает заключительный диагноз как острого, так и хронического профессионального заболевания, составляет медицинское заключение и в течение трех дней направляет извещения по следующим адресам:
 - в территориальный центр гигиены и эпидемиологии по месту работы заболевшего;
 - в учреждение, где выявлено профессиональное заболевание медицинского работника;
 - в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России, направившее больного;

– в отделение фонда социального страхования от несчастных случаев и профессиональных.

10. В течение 10 суток (от даты получения извещения об установлении заключительного диагноза профессионального заболевания) создается Комиссия по расследованию профессионального заболевания, возглавляемая главным врачом Территориального Центра гигиены и эпидемиологии или главным санитарным врачом территории. В состав комиссии входят: заместитель начальника по медицинской части, заместитель начальника по поликлиническому разделу работы, заведующие подразделениями, представитель профсоюзной организации ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России.

11. Комиссия составляет в 5 экземплярах Акт о случае профессионального заболевания у медицинского работника, который является основанием для учета конкретного случая профессионального заболевания медицинского работника.

12. На основании Акта о случае профессионального заболевания издается Приказ о конкретных мерах по предупреждению профессиональных заболеваний в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

Врач-инфекционист

Е.Н. Рожкова