

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

ПРИКАЗ

25 декабря 2018 года

г. Межгорье

№ 222-П

**О комиссии по эпидемиологической
безопасности (профилактике ИСМП)
в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России**

С целью координации работы по эпидемиологическому надзору и профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России, согласно Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. от 05.06.2012), Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», Санитарных правил и нормы (СанПиН) 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58, «Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Состав комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России (Приложение №1);
 - 1.2. Положение о комиссии по профилактике ИСМП (Приложение №2);
 - 1.3. Перечень стандартного определения случая (СОС) ИСМП (Приложение №3).
2. Комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России (далее – по ИСМП) ежегодно проводить свою работу согласно утвержденного плана-графика.
3. Председателю комиссии по ИСМП ежегодно предоставлять отчет о проделанной работе до 30 декабря начальнику ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
4. Считать утратившим силу приказ от 21.09.2018г №152-П « О создании комиссии по профилактике ИСМП».
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника по медицинской части Н.Ф. Кудярова.

Начальник ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России



Ф.Р. Ильченко

Комиссия
по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ФГБУЗ
МСЧ№142 ФМБА России

Председатель: Н.Ф. Кудяров, заместитель начальника по медицинской части

Заместители председателя: А.Д. Грачева, врач-эпидемиолог
Е.Н. Рожкова, врач-инфекционист

Члены комиссии: А.А. Гальчанский, заместитель начальника по поликлиническому разделу работы
Г.И. Набиуллина, заведующая поликлиникой №2
Х.Х. Харрасов, заведующий отделением анестезиологии-реанимации с палатой реанимации и интенсивной терапии
М.А. Антипов, заведующий хирургическим отделением
Н.М. Мирзоян, заведующая терапевтическим отделением
Н.М. Коломыченко, заведующая терапевтическим отделением поликлиники №1
П.И. Антипин, заведующий педиатрическим отделением поликлиники
Н.Н. Козлова, главная медицинская сестра, в ее отсутствие
М.Л. Калмацкая старшая медицинская сестра поликлиники

Секретарь: Ю.М. Захарова, заведующая клинко- диагностической лабораторией, в ее отсутствие:
Э.Ф. Кудярова, заведующая аптекой.

ПОЛОЖЕНИЕ

о комиссии по эпидемиологической безопасности
(профилактики ИСМП)
в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России

1. Общие положения

- 1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с требованиями санитарных правил и нормативных документов в сфере обеспечения инфекционной безопасности Министерства здравоохранения Российской Федерации, Росздравнадзора, Республики Башкортостан, ФМБА России, локальных документов ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 1.2. Комиссия по эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП) (далее Комиссия) ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России создана с целью профилактики, контроля, регистрации и учета, лечения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 1.3. Полномочия Комиссии распространяются на все подразделения ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 1.4. В своей деятельности Комиссия руководствуется настоящим Положением.
- 1.5. Положение предусматривает принципы организации, основные направления работы и порядок деятельности Комиссии.
- 1.6. В своей деятельности Комиссия руководствуется: Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, Указами и Распоряжениями Президента Российской Федерации, Постановлениями и Распоряжениями Правительства Российской Федерации, санитарными нормами и правилами, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Росздравнадзора, нормативными документами ФМБА России, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, настоящим Положением, локальными нормативными актами ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

2. Основные задачи Комиссии

- 2.1. Координация взаимодействий специалистов, вовлеченных в работу комиссии инфекционного контроля.
- 2.2. Проведение оценки эффективности диагностических и лечебных процедур, манипуляций, изоляционно-ограничительных мероприятий, эффективных методов стерилизации и дезинфекции, обобщение опыта по мероприятиям инфекционного контроля.
- 2.3. Принятие решений по результатам эпидемиологического анализа.
- 2.4. Контроль полноты и своевременности микробиологических исследований, проводимых с целью установления диагноза заболевания и оценки санитарно-гигиенического режима в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 2.5. Утверждение плана мероприятий производственного контроля в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России на год.
- 2.6. Контроль своевременности проведения мероприятий производственного контроля, оценка его целесообразности, эффективности и обеспечения ресурсами.

- 2.7. Выбор и оценка эффективности средств дезинфекции применяемых в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 2.8. Контроль за обоснованностью назначения антибиотиков пациентам, выработка тактики антибиотикотерапии в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 2.9. Обучение медико-технического персонала знаниям и навыкам в области диагностики, терапии и профилактики ИСМП и оценку соблюдения ими санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и требований.
- 2.10. Анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями в целом по ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России и отделениям, разработка рекомендаций по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий.
- 2.11. Введение алгоритмов безопасности пациентов и медперсонала при проведении диагностических и лечебных процедур.
- 2.12. Внедрение эффективных методов дезинфекции и стерилизации: приобретение современного оборудования, контроль качества его работы.
- 2.13. Разработка программ и планов эпидемиологического надзора в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 2.14. Разработка мероприятий по инфекционному контролю на основании результатов эпидемиологического анализа заболеваемости и постоянная коррекция в соответствии с текущей ситуацией.
- 2.15. Координация мероприятий с руководством ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России и между подразделениями по вопросам профилактики ИСМП.
- 2.16. Обеспечение взаимодействия всех подразделений и служб ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России, а также взаимодействие с ТО Межрегионального управления № 72 ФМБА России, ФГБУЗ ЦГИЭ ФМБА с целью обеспечения профилактики, регистрации и учета ИСМП.

3. Функции комиссии

- 3.1. Контроль за проведением в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России эпидемиологического надзора за ИСМП, предусматривающий:
- выявление, учет, регистрацию ИСМП;
 - анализ заболеваемости гнойно-септическими осложнениями, вирусными гепатитами, кишечными инфекциями, ВИЧ-инфекцией;
 - выявление групп и факторов риска возникновения ИСМП;
 - определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки, оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации по ИСМП;
 - анализ заболеваемости медицинского персонала;
 - оценку эффективности проводимых мер профилактики для осуществления микробиологического мониторинга и поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия в отделениях ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России;
- 3.2. Осуществление контроля за организацией санитарно-противоэпидемического режима и мероприятий по профилактике ИСМП в отделениях ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.
- 3.3. Контроль за подготовкой документации по санитарно-эпидемиологическим вопросам (приказов, решений медицинских советов, памяток, информационных бюллетеней и т.д.).
- 3.4. Обеспечение внедрения новых систем профилактики и противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение ИСМП в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

3.5. Анализ применения антибактериальных препаратов в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России:

- анализ и оценку проведения антибиотикопрофилактики и лечения включая, препараты, дозировку, срок, время и стоимость;
- сбор и анализ данных относительно проведенной антимикробной профилактики и лечения с учетом чувствительности микроорганизмов;
- разработку схем контроля затрат на антимикробную профилактику и лечение;
- внедрение оптимальных схем антибиотикопрофилактики, основанных на полученных данных;
- мониторинг влияния улучшений на уровне затрат и инфекций.

3.6. Контроль за организацией непрерывной подготовки медицинского персонала по профилактике ИСМП.

4. Полномочия Комиссии

В целях выполнения поставленных задач и возложенных функций, Комиссия наделяется следующими полномочиями:

4.1. Требовать для обеспечения инфекционной безопасности от должностных лиц и сотрудников ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России предоставления и использования в работе сведений и документов, касающихся лечебно-диагностического процесса, материалов исследований.

4.2. Заслушивать руководителей структурных подразделений и отдельных сотрудников медицинской организации по вопросам их деятельности в части обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и профилактики ИСМП.

4.3. Направлять предложения начальнику ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России о привлечении к ответственности лиц, виновных в нарушении требований по обеспечению инфекционной безопасности.

4.4. Вносить предложения руководству ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России о проведении внеплановых мероприятий по обеспечению инфекционной безопасности.

4.5. Вносить предложения руководству ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России по совершенствованию работы подразделений и служб в вопросах профилактики ИСМП, укрепления материально-технической базы для выполнения требований к обеспечению санитарно-противоэпидемического режима.

4.6. Требовать от медицинского персонала ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России выполнения норм и правил санитарно-эпидемиологического режима, а также решений Комиссии по вопросам профилактики ИСМП.

5. Организация работы Комиссии

5.1. Для обеспечения текущей деятельности Комиссии, ведения протоколов, хранения необходимой документации, оповещения из числа членов Комиссии назначается секретарь Комиссии.

5.2. Заседания Комиссии проводятся не реже одного раза в квартал, внеочередные по необходимости.

5.3. Комиссия работает согласно плана, утвержденного начальником ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

5.4. Председатель Комиссии:

- в срок до 15 декабря предшествующего года формирует план-график работы Комиссии на следующий год, включая план-график проведения внутренних проверок выполнения требований по профилактике ИСМП;

– в срок до 30 декабря представляет начальнику ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России отчёт о проделанной Комиссией работе за год.

5.5. В случае необходимости по решению начальника ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России могут проводиться внеплановые заседания Комиссии.

5.6. Данные о контроле и проведённых проверках на предмет обеспечения профилактики ИСМП заносятся в соответствующий журнал установленной формы.

5.7. На заседания Комиссии по инициативе Председателя могут быть приглашены любые заинтересованные лица и стороны.

5.8. Решение Комиссии считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной Комиссии.

5.9. Решение Комиссии оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения:

- дата проведения заседания Комиссии;
- список членов Комиссии, присутствовавших на заседании;
- перечень обсуждаемых вопросов;
- решения Комиссии и его обоснование.

5.10. С решениями и протоколами Комиссии председатель знакомит начальника ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

5.11. Контроль за деятельностью Комиссии осуществляет начальник ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России.

Перечень стандартного определения случая (СОС) ИСМП

Определение случаев ИСМП является результатом непосредственного наблюдения за состоянием больного, изучения медицинской карты стационарного больного и результатов лабораторных и других диагностических исследований.

Лабораторные данные включают положительные результаты посевов, тестов на антигены или антитела и микроскопических исследований, дополнительных методов диагностических исследований - рентгенологических, ультразвуковых, компьютерной томографии, ядерно-магнитного резонанса, радиоизотопного сканирования, эндоскопии, биопсии и пункционной биопсии.

Для того, чтобы инфекция была классифицирована как ИСМП, необходимо отсутствие каких-либо данных о том, что она отмечалась явно или в инкубационном периоде к моменту госпитализации.

ИСМП считается инфекция, возникшая в случаях, когда больной был инфицирован в больнице и инфекция новорожденных, когда инфицирование связано с прохождением через родовые пути.

В каждом конкретном случае, происхождение инфекций необходимо определять лишь на основании комплекса диагностических критериев, которые могли бы подтвердить факт инфицирования именно в стационаре.

При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

а) поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
- имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны и другие);

б) глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$), локализованная боль или болезненность;

– при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);

в) инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

– гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;

– выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

– лихорадочное состояние;

– при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе).

К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции - до года.

К первичным инфекциям крови относятся инфекции крови, подтвержденные лабораторными данными и критериями:

1) обнаружение в культуре крови известного патогенного микроорганизма, а также отсутствие связи этого микроорганизма с инфекцией иной локализации;

2) наличие повышения температуры (38°C), озноб, а также присутствие одного из следующих обстоятельств: обнаружение известного микроорганизма из числа обычно наблюдаемых на поверхности кожного покрова в двух анализах крови, взятые в разные сроки, которые не имеют связи с инфекцией другой локализации, обнаружение известного микроорганизма из числа обычно наблюдаемых микробов на поверхности кожного покрова в посевах крови, взятой у пациента после внутрисосудистого вмешательства и назначение врачом соответствующей антимикробной терапии, положительные результаты исследований крови на антиген;

3) клинический сепсис подтверждается не объяснимыми другими известными причинами: лихорадка (более 38°C), гипотония (систолическое давление менее 90 мм.рт.ст.), олигурия (менее 20 мл/час), а также отрицательные результаты посевов крови, отсутствие инфекции другой локализации, назначение соответствующей антимикробной терапии по поводу сепсиса.

Манифестным инфекциям мочевыводящих путей обязателен один из следующих критериев: лихорадка (более 38°C), резкие позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия, болезненность в надлобковой области и обязательное обнаружение в бактериальном посевах мочи более 105 колоний/мл (не более двух видов микроорганизмов).

При бессимптомной бактериурии обязателен один из следующих критериев:

1) наличие факта катетеризации мочевого пузыря в течение 7 дней до посева мочи без повышения температуры, резких позывов к мочеиспусканию, частого мочеиспускания дизурии, болезненности в надлобковой области, но обязательное наличие в бак посевах мочи не более 2-х видов микроорганизмов в количестве более 105 колоний/мл;

2) катетеризация мочевого пузыря не осуществлялась в течение 7 дней до взятия на исследование первого из двух последовательных образцов, при этом в посевах мочи высевается не более двух видов микроорганизмов численностью не более 105 колоний/мл, но у больного нет лихорадки, частого мочеиспускания, болезненности в надлобковой области, дизурии.

Прочие инфекции мочевыводящего тракта (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала или тканей, окружающих забрюшинное или околопочечное пространство) подтверждаются одним из следующих критериев:

- 1) Выделение патогенного микроорганизма в посеве жидкости (не мочи) или образца ткани, взятого из инфицированной области;
- 2) Абсцесс или другое проявление инфекции, выявляемое при визуальном осмотре, во время хирургического вмешательства, или подтверждаемое гистопатологическими данными; наличие температуры более 38° С и более в инфицированной области, а также гнойное отделяемое из инфицированной области, выделение микроорганизма в посеве крови, диагноз, установленный врачом, антимикробная терапия, рентгенологические данные.

Инфекции нижних дыхательных путей: бронхит, трахеобронхит, бронхиолит, трахеит (при отсутствии признаков пневмонии) характерны отсутствием у больного клинических проявлений или рентгенологических признаков пневмонии и обязательное наличие двух из перечисленных ниже признаков: температуры более 38° С, кашель, появление или усиление отделения мокроты, хрипы, кроме того, результаты лабораторных исследований: выделение микроорганизма в посевах образцов, полученных методами глубокой аспирации из трахеи или бронхоскопии, а также положительные результаты исследований секрета бронхов на антигены.

Прочие инфекции нижних дыхательных путей подтверждаются одним из следующих признаков:

- 1) обнаружение микроорганизма в мазках, легочной ткани, плевральной жидкости, мокротах;
- 2) абсцесс легких или эмпиема, выявленная во время хирургического вмешательства или подтвержденная гистопатологическими данными;
- 3) полость абсцесса, видимая при рентгенографическом обследовании легких.

К инфекциям репродуктивных органов относится послеродовой метроэндометрит, при котором отмечаются лихорадка менее 37,8 градусов до 24 часов, лихорадка более 38 градусов от 1 до 10 дней после родов, а также болезненность матки, гнойные лохии, лейкоцитоз, тахикардия. При этом факторами риска являются способы родоразрешения, хориоамнионит, преждевременные роды (преждевременное отхождение вод), хламидии, вагинальные инфекции. Доклиническими (донозологическими) формами гнойно-септических инфекций родильниц является патологический лактостаз, субинволюция матки, лохиметра, гематометра, лихорадка.

Инфекция органа и полости после операции кесарево сечение включает инфекцию матки и органов брюшной полости (перитонит, абсцессы малого таза, тромбофлебит глубоких вен малого таза), а также наличие гнойных выделений, наличие боли при пальпации, покраснения, повышения температуры.

Для диагностики инфекций, которые имеют клиническую симптоматику у новорожденных и детей младшего возраста, включены специфические критерии, которые позволяют дифференцировать приобретенные и внутриутробные формы инфекций. Критериями определения случаев инфекции новорожденных являются появление ее в период до 28 дней после выписки из родовспомогательной медицинской организации, а также наличие клинического симптомокомплекса согласно нозоформы:

- 1) пневмония характеризуется изменением характера и количества мокроты, выделением микроорганизма из мокроты, подтверждается рентгенологическими исследованиями;
- 2) перитонит подтверждается следующими клиническими проявлениями: парез кишечника, отсутствие стула в течение одних суток, отсутствие перистальтики, изменение кожи передней брюшной стенки (гиперемия, отек, инфильтрация), изменения в клиническом анализе крови, рентгенологические признаки выпота в брюшной полости или свободного газа;
- 3) Определение клинического сепсиса относится к случаям заболевания детей младшего возраста и новорожденных и подтверждается следующими клиническими проявлениями: положительный бактериальный высев из крови или ликвора, стойкий, более 12 часов ацидоз, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, изменение на коже и слизистых, изменения в крови;

- 4) Инфекции кожи характеризуются гноечением, пустулезными, пузырьковыми высыпаниями, или фурункулами, или локализованные боли, припухлость, покраснение, местного повышения температуры. Также подтверждается выделением возбудителя из содержимого раны (области инфицирования), часто идентичного микробному фону стационара;
- 5) Омфалит характеризуется эритемой или отделяемым из пупочной ранки, выделением микроорганизма в посевах крови, аспирата или отделяемого. Отсутствие одного из признаков не исключает наличие инфекции, ведущим в диагностике является клинический симптомокомплекс;
- 6) Конъюнктивит соответствует следующим признакам: болезненность или покраснение конъюнктивы, выделение микроорганизма в посевах гнойного экссудата.

Врач-эпидемиолог

А.Д. Грачева

Заместитель по медицинской части:

Н.Ф. Кудаяров