Бюджетное учреждение здравоохранения
Орловской области

«Ливенская центральная районная больница»

**ПРИКАЗ**

От «14 » \_\_февраля\_\_\_2017г. № 5

Г.Ливны

**О создании комиссии по инфекционному контролю**

В целях проведения мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и обеспечения контроля за внутрибольничными инфекционными заболеваниями, приказываю:

1. Создать комиссию по инфекционному контролю в составе:

Черных Л.В. – заместитель главного врача по медицинской части – председатель;

Сальков В.И. –врач-эпидемиолог – заместитель председателя

Черевкова И.А. – секретарь

Члены комиссии:

Харламова Л.А. – заместитель главного врача по детству и родовспоможению – заместитель председателя;

Гранкина Н.И. главная медицинская сестра

Евтушенко А.В. заместитель главного врача по поликлинике

Мальцева Н.В. врач педиатр по профилактике инфекционных
заболеваний

Ефременков А.К. заведующий отделением анестезиологии и реанимации

Пиляева Ж.А. заведующая неврологическим отделением

Стребкова А.Б. заведующая педиатрическим отделением

Зубцов С.М. заведующий хирургическим отделением

Кузьменко С.В. заведующий травматологическим отделением

Моногарова С.В. заведующая кардиологическим отделением

Лутова О.С. заведующая терапевтическим отделением

Каменева Т.А. заведующая акушерским отделением

Козьма О.Е. заведующая гинекологическим отделением

Гаврилова И.Е. заведующая инфекционным отделением

Сафонова М.А. заведующая клинико-диагностической лабораторией

Малыхина Л.Н. заведующая аптекой

Рябенький В.В. заведующий патолого-анатомическим отделением

1. Утвердить Положение о комиссии инфекционного контроля - приложение №1.
2. Утвердить план работы комиссии на 2017г. –приложение № 2.
3. Утвердить Программу внутрибольничного инфекционного контроля – приложение №3.
4. Утвердить Критерии определения внутрибольничных инфекций– приложение № 4.
5. Утвердить Программу производственного контроля на 2017г.- приложение №5.

Главный врач В.А.Сезин

Приложение №1
к приказу №\_5\_ от «14»\_02. 2017г.

 «О создании комиссии по инфекционному контролю»

**Положение**

**о комиссии инфекционного контроля за**

**внутрибольничными инфекциями**

Целью Комиссия является обеспечение эффективной работы по организации системы инфекционного контроля. Деятельность комиссии инфекционного контроля проводится в соответствии с Программой внутрибольничного инфекционного контроля, утвержденной руководителем медицинской организации.

Приказом руководителя медицинской организации утверждаются ответственные лица во всех подразделениях стационара за обеспечение инфекционного контроля.

Комиссия координирует взаимодействие специалистов, вовлеченных в работу комиссии инфекционного контроля, проводит подготовку специалистов инфекционного контроля, специалистов других профилей по вопросам ВБИ.

Мероприятия по инфекционному контролю разрабатываются на основании результатов эпидемиологического анализа заболеваемости и постоянно корректируются в соответствии с текущей ситуацией.

Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал с заслушиванием итогов работы.

Решения комиссии обязательны для исполнения всеми сотрудниками медицинской организации.

 Регулярно проводится оценка эффективности различных эпидемиологически значимых диагностических и лечебных процедур, манипуляций, изоляционно-ограничительных мероприятий, эффективных методов стерилизации и дезинфекции, обобщение опыта по мероприятиям инфекционного контроля.

 Специалистом по инфекционному контролю назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование, прошедший специальную подготовку по инфекционному контролю и эпидемиологии.

 **Председатель комиссии выполняет** (заместитель главного врача по лечебной работе) следующие задачи:

1) определяет приоритетные задачи инфекционного контроля;

2) осуществляет руководство и координацию деятельности комиссии; обеспечивает своевременное проведение заседаний комиссии;

3) определяет ответственных за проведение отдельных мероприятий инфекционного контроля, в соответствии с планом инфекционного контроля;

4) докладывает на конференциях о выполнении плана и решениях, принятых на заседаниях, о проблемных вопросах, требующих вмешательства руководства;

5) организовывает проведение научно-практических конференций;

6) проводит внедрение передового международного опыта по инфекционному контролю;

7) проводит анализ деятельности комиссии и эффективность проводимых мероприятий.

 **Заместитель председателя комиссии** (госпитальный эпидемиолог) проводит:

1) подготовку материалов на заседание, планирование;

2) подготовку медицинских кадров по инфекционному контролю;

3) разработку целевых программ, рекомендаций.

**Секретарь комиссии** (медицинская сестра по инфекционному контролю) обеспечивает:

1) ведение делопроизводства;

2) создание и пополнение банка данных;

3) участие в подготовке материала.

 **Клинические специалисты** (хирург, педиатр, акушер-гинеколог и другие клиницисты) проводят:

1) оценку качества медицинской помощи;

2) разработку рекомендации по оценке послеоперационных осложнений и их профилактики;

3) разработку программ обучения и подготовку медперсонала соответствующего профиля;

4) разработку программ обучения медперсонала по вопросам инфекционного контроля;

5) разработку принципов организации инфекционного контроля в отделении: определяет перечень инфекций, подлежащих учету и регистрации в отделении, организует сбор и информацию согласно программы эпидемиологического наблюдения, обеспечивает адекватный противоэпидемический режим, анализ заболеваемости.

**Экономист** проводит расчет экономического ущерба при госпитальных инфекциях и анализ экономической эффективности проводимых программ инфекционного контроля.

 **Микробиолог** проводит:

1) своевременное информирование заинтересованных лиц о результатах проводимых исследований;

2) разработку алгоритмов по проведению целенаправленного отбора проб от больного и объектов внешней среды, определение объема исследований;

3) обучение специалистов по правильному отбору, хранению и доставке материала для бактериологических исследований, правильности интерпретации полученных результатов микробиологических исследований;

4) контроль за укомплектованностью бактериологов;

5) планирование перспективного развития материально-технического оснащения микробиологических лабораторий; разработка рекомендаций по объему микробиологических исследований;

6) обеспечение базы данных: хранение данных и выделенных культур, контроль качества микробиологических исследований.

Главная медицинская сестра проводит:

1) обучение медицинского персонала среднего звена правилам проведения манипуляций и процедур согласно составленной и утвержденной программы обучения, проводит контроль знаний (на рабочем месте или тестирование);

2) эпидемиологическое наблюдение под руководством эпидемиолога;

3) оценку потребности в расходных материалах;

4) эффективную проверку соблюдения санитарно- гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режима, организацию соблюдения правил асептики и антисептики медицинским персоналом.

**Заведующий аптекой** осуществляет:

1) оценку потребности в антимикробных препаратах и их утилизацию;

2) контроль качества и стерильности лекарственных средств;

3) оценку потребности отделений в стерильных лекарственных формах и бесперебойное обеспечение ими.

**Директор ЦРБ** – ответственный за сбор, временное хранение и удаление медицинских отходов.

Приложение 2

к Правилам проведения инфекционного контроля за внутрибольничными инфекциями в медицинских организациях

**Критерии определения внутрибольничных инфекций**

1. Определение случаев ВБИ является результатом непосредственного наблюдения за состоянием больного, изучения медицинской карты стационарного больного и результатов лабораторных и других диагностических исследований.
2. 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.
3. Для того, чтобы инфекция была классифицирована как внутрибольничная, необходимо отсутствие каких-либо данных о том, что она отмечалась явно или в инкубационном периоде к моменту госпитализации.
4. Внутрибольничной считается инфекция, возникшая в случаях, когда больной был инфицирован в больнице и инфекция новорожденных, когда инфицирование связано с прохождением через родовые пути.
5. В каждом конкретном случае, происхождение инфекций необходимо определять лишь на основании комплекса диагностических критериев, которые могли бы подтвердить факт инфицирования именно в стационаре.
6. Критериями определения хирургических инфекций поверхностного разреза являются: появление ее в период 30 дней после процедуры оперативного вмешательства и поражение лишь кожи и подкожной ткани в месте разреза, а также один из 3-х других критериев: гнойные выделения из поверхностного разреза; наличие боли при пальпации, локальной отечности, покраснения, местного повышения температуры. Хирург или врач, оказывавший помощь, непосредственно диагностирует хирургическую инфекцию поверхностного разреза. Не регистрируются как хирургическая инфекция поверхностного разреза: абсцесс шва (небольшое воспаление и выделения, ограниченные точечными участками около ниток); инфекция наружных половых органов после обрезания крайней плоти; инфицированная родовая травма; хирургическая инфекция разреза, которая захватывает фасциальный и мышечный слои.
7. Критериями определения хирургической инфекции глубокого разреза является появление ее в период 30 дней после процедуры оперативного вмешательства и поражение глубоких мягких тканей, а также один из трех других критериев: гнойные выделения из глубокого разреза, но не из органа или полости, подвергшихся хирургическому вмешательству; наличие абсцесса или других проявлений инфекции, охватывающих участок глубокого разреза и выявленных при прямом обследовании, во время повторной операции, при патогистологическом или рентгенодиагностическом исследовании. Хирург, оказывавший помощь, диагностирует хирургическую инфекцию глубокого разреза.
8. Критериями определения хирургической инфекции органа или полости относится орган или полость, которые открываются или подвергаются манипуляциям во время процедуры оперативного вмешательства, появление ее в период 30 дней после оперативного вмешательства (при отсутствии имплантанта) или в период 1 года (при наличии имплантанта), а также один из следующих критериев: гнойные выделения из дренажа, который был установлен путем прокола органа или полости; выделение культуры микроорганизма из асептически взятой жидкости или ткани органа или полости; наличие абсцесса или других проявлений инфекции, охватившей орган или полость и выявленной при прямом обследовании, во время повторной операции, при патогистологическом или рентгенодиагностическом исследовании. Хирург или врач, оказывавший помощь, диагностирует хирургическую инфекцию органа или полости.
9. Хирургическая инфекция, охватывающая более чем два специфических участка локализации, классифицируется как хирургическая инфекция глубокого разреза двух локализаций.
10. 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° С), 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 посеве 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° С), 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.

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

1. 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 болей в инфицированной области, а также гнойное отделяемое из инфицированной области, выделение микроорганизма в посеве крови, диагноз, установленный врачом, антимикробная терапия, рентгенологические данные.

1. Инфекции нижних дыхательных путей: бронхит, трахеобронхит, бронхиолит, трахеит (при отсутствии признаков пневмонии) характерны отсутствие 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.
2. 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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 гноетечением, 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.

Приложение №2

к приказу № 5 от «14» 02. 2017г.

 «О создании комиссии по инфекционному контролю»

**ПЛАН**

**РАБОТЫ КОМИССИИ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**

**НА 2017ГОД**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мероприятий | Дата проведения | Ответственный |
|  | Отчет о работе комиссии по инфекционному контролю. Утверждение плана работы комиссии и плана производственного контроля. | Февраль | Черных Л.В. |
|  | Разбор случаев внутрибольничных инфекций | В течение 5 дней с момента возникновения случая | Черных Л.В. |
|  | Контроль качества предстерилизационной обработки и стерилизации | Ежедневно по графику | Гранкина Н.И. и помощники эпидемиологов |
|  | Контроль выполнения плана профилактических прививок | АпрельИюльоктябрь | Мальцева Н.В. Евтушенко А.В. |
|  | Тестовый контроль знаний санитарно-противоэпидемического режима | Март-апрельоктябрь | Гранкина Н.И. Сальков В.И. |
|  | Разработать алгоритмы проведения генеральной и текущей уборки и обработки эндоскопического оборудования | Февраль | Гранкина Н.И. |
|  | Контроль работы прачечной | 1 раз в неделю | Гранкина Н.И.  |
|  | Контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в подразделениях ЦРБ | ежедневно | Старшие медицинские сестры отделенийСальков В.И. |
|  | Разработка мероприятий по профилактике гриппа и ОРВИ на период эпидсезана 2015-2016гг. | Сентябрь  | Коняева О.Е. |
|  | Подготовка и формирование заявки на приобретение средств индивидуальной защиты, моющих, дезинфицирующих средств, средств контроля стерилизации. | октябрь | Гранкина Н.И.Малыхина Л.Н.Сальков В.И. |

 Приложение №3

к приказу № 5 от «14» 02. 2017г.

 «О создании комиссии по инфекционному контролю»

**Программа**

**внутрибольничного инфекционного контроля**

Разделы программы:

* 1. организационно-методические мероприятия:

-создание комиссии и организация её работы;

-регулярное информирование о своей деятельности всех служб и подразделений стационара, обеспечение необходимого их взаимодействия для решения проблем профилактики ВБИ;

-подготовка аналитической информации;

* 1. организация полного и своевременного учета и регистрации ВБИ;
	2. детальный анализ заболеваемости ВБИ и госпитальными инфекциями и установление причин их возникновения, выявление факторов риска, расследование вспышек ВБИ и принятие соответствующих мер по ликвидации;
	3. комплекс лечебно-диагностических и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по профилактике ВБИ и госпитальных инфекций, который включает следующие вопросы:

-изучение проводимых лечебно-диагностических манипуляций, оценка их эпидемиологической значимости (опасности), модификация медицинских процедур и технологий, улучшение качества клинической деятельности, выделение групп риска среди поступающих пациентов;

-определение целесообразного объема лабораторных исследований (самоконтроль), перечня эпидемиологически значимых объектов;

-сбор и анализ информации о характеристике лечебно-диагностического процесса, данных о хирургических и инвазивных (повреждающих, агрессивных) манипуляциях, результатов микробиологических исследований, штаммов возбудителей инфекционных заболеваний, выделенных от пациентов и с объектов внешней среды;

-контроль соблюдения требований санитарно-противоэпидемического режима, выполнение изоляционно-ограничительных мероприятий, оценка качества стерилизации и дезинфекции, процедуры обработки рук персонала;

* 1. разработка алгоритмов (технологии) эпидемиологически безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, санитарно-противоэпидемического режима (обработка операционного и родильного блока, проведение заключительной дезинфекции, генеральной уборки, обработка эндоскопического оборудования, изделий медицинского назначения) на основании оперативного эпидемиологического анализа, слежения за формированием госпитальных штаммов, прогноза эпидемиологической ситуации;
	2. организация и осуществление микробиологического мониторинга;
	3. разработка программы антибиотикопрофилактики и тактики антибиотикотерапии;
	4. обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля:

-проведение обучающих семинаров, с использованием дифференцированных образовательных программ для специалистов различного профиля с учетом специфики стационара с последующим тестированием;

-обучение медицинских сотрудников на курсах повышения квалификации по вопросам инфекционного контроля;

-проведение инструктажа по вопросам профилактики ВБИ и инфекционного контроля с медицинским персоналом при поступлении на работу и в дальнейшем через каждые 6 месяцев;

* 1. организация мероприятий по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости:

-обучение медицинского персонала по технике безопасности, с целью уменьшения числа травм на рабочих местах и предупреждения профессиональных заболеваний и несчастных случаев;

-выявление и расследование возможных случаев профессионального заражения медицинских работников;

-иммунизация медицинских работников против инфекционных заболеваний с учетом специфики профессиональной деятельности;

-обеспечение индивидуальными средствами защиты (антисептики, маски, перчатки);

* 1. расчет экономического ущерба от госпитальных инфекций, участие в разборе случаев экономических претензий со стороны больных, заболевших ВБИ;
	2. организация сбора, обезвреживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов, биологического материала.
	3. в медицинской организации разрабатывается перечень нозоформ гнойно-септических осложнений, подлежащих учету и регистрации.
	4. в целях своевременного выявления, регистрации и учета случаев ВБИ, проводится активное выявление случаев госпитальных инфекций лечащими врачами, врач-эпидемиолог (специалист инфекционного контроля) присутствует при осмотре пациентов во время обхода, анализирует результаты посевов из микробиологической лаборатории, данные температурных листов, историй болезней больного, отчетов патологоанатомического отделения.
	5. случай ВБИ определяется комиссионно, на основании данных эпидемиологической диагностики, влияния факторов риска, присутствующих у больного (эндогенные факторы), и связанных с проведением медицинского вмешательства (экзогенные факторы), с учетом критериев определения внутрибольничных инфекций согласно приложению 2 к настоящим Правилам.
	6. инфекционные заболевания, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после выписки из нее, подлежат учету как ВБИ по данной медицинской организации.
	7. инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода и осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение 30 дней после выписки из нее, подлежат учету как ВБИ по данной медицинской организации.
	8. осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение 30 дней после выписки из нее, при наличии имплантанта в месте операции - в течение 1 года после проведения операции, подлежат учету как ВБИ по данной медицинской организации.
	9. при подаче сведений о регистрации случая ВБИ указывается дата поступления в медицинскую организацию, дата появления признаков ВБИ, локализация, медицинские манипуляции, полученные ранее (отделение, виды лечебно-диагностических процедур). Каждый выявленный случай внутрибольничной заболеваемости вносится в журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у).
	10. экстренное извещение направляется в Филиал ФБУ «Центр гигиены и эпидемиологии в г.Ливны».
	11. о случаях заноса инфекции информация направляется в медицинскую организацию, в которой предположительно произошло инфицирование и в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора.
	12. при установлении случая ВБИ проводится эпидемиологическое расследование, в ходе которого принимаются меры по выявлению источника инфекции, факторов и путей ее передачи, предупреждению регистрации новых случаев ВБИ.
	13. при регистрации одного случая ВБИ (за исключением летальных случаев) эпидемиологическое расследование проводится госпитальным эпидемиологом медицинской организации. При регистрации летального случая от ВБИ или регистрации двух и более случаев ВБИ, зарегистрированных в течение одного инкубационного периода, эпидемиологическое расследование проводится специалистами территориального органа санитарно-эпидемиологического надзора.
	14. микробиологический мониторинг за ВБИ проводится на базе собственной лаборатории или на договорной основе с лабораторией, имеющей разрешение на работу с микроорганизмами III- IV групп патогенности.
	15. медицинская организация обеспечивает проведение следующих микробиологических исследований:
		+ выделение и идентификация возбудителей ВБИ и госпитальных инфекций от пациентов и персонала;
		+ определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, антисептикам, дезинфицирующим средствам, применяемым в данной медицинской организации, при необходимости с последующей их сменой;
		+ выделение и идентификация возбудителей ВБИ с объектов окружающей среды.
	16. в медицинской организации разрабатывается перечень показаний для микробиологического исследования клинического материала и объектов внешней среды, письменное руководство для всех пользователей, включающие информацию о возможностях лаборатории, с указанием сроков выполнения анализов, правила отбора проб и их хранения, доставки в лабораторию.

Плановый самоконтроль методом смывов с эпидемиологически значимых объектов внешней среды в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства осуществляется один раз в месяц, в отделениях соматического профиля - один раз в три месяца. Контроль стерильности инструментария, перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов, кожи операционного поля в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства проводится один раз в месяц.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

* 1. при регистрации ВБИ в целях выявления источника инфекции проводится лабораторное обследование на наличие возбудителей инфекционных заболеваний персонала медицинской организации и пациентов, находившихся в контакте с больным ВБИ.
	2. медицинский персонал, у которого установлено носительство возбудителей инфекционных заболеваний, направляется на обследование к инфекционисту для установления диагноза и лечения.

На период обследования и лечения носители переводятся на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности.

* 1. организация и проведение сбора, обеззараживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов проводится в соответствии с Санитарными правилами 2.1.7.728-99 «Правила сбора хранения и удаления отходов в лечебно-профилактическом учреждении».
	2. после применения пиявки помещаются в лотки с солью, по окончании срыгивания крови сбрасываются в полиэтиленовый пакет и засыпаются дезинфицирующим средством. Образовавшиеся сгустки крови засыпаются дезинфицирующими средствами с экспозицией не менее 60 минут и сливаются в канализацию.

Требования к обработке рук медицинского персонала

* 1. Все медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, проводятся в перчатках одноразового использования.
	2. медицинский персонал обрабатывает руки перед каждой медицинской манипуляцией.
	3. для обеспечения эффективного мытья и обеззараживания рук соблюдаются следующие условия: подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках ювелирных украшений.
	4. мытье рук проводится по технике алгоритма мытья рук с применением жидкого антисептического мыла с дозатором, одноразовых полотенец.
	5. стерильные перчатки применяются при оперативных вмешательствах, катетеризациях, пункциях, постановке желудочного зонда, дренажа, перевязках, влагалищных, ректальных, эндоскопических исследованиях.
	6. в алгоритмы (стандарты) всех эпидемиологически значимых лечебных манипуляций включаются средства и способы обработки рук.
	7. в организациях здравоохранения проводится учет травм и чрезвычайных ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий.

Приложение №4

к приказу № 5 от 14.02.2017г.

 «О создании комиссии по инфекционному контролю»

**Критерии определения внутрибольничных инфекций**

1. Определение случаев ВБИ является результатом непосредственного наблюдения за состоянием больного, изучения медицинской карты стационарного больного и результатов лабораторных и других диагностических исследований.
2. 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.
3. Для того, чтобы инфекция была классифицирована как внутрибольничная, необходимо отсутствие каких-либо данных о том, что она отмечалась явно или в инкубационном периоде к моменту госпитализации.
4. Внутрибольничной считается инфекция, возникшая в случаях, когда больной был инфицирован в больнице и инфекция новорожденных, когда инфицирование связано с прохождением через родовые пути.
5. В каждом конкретном случае, происхождение инфекций необходимо определять лишь на основании комплекса диагностических критериев, которые могли бы подтвердить факт инфицирования именно в стационаре.
6. Критериями определения хирургических инфекций поверхностного разреза являются: появление ее в период 30 дней после процедуры оперативного вмешательства и поражение лишь кожи и подкожной ткани в месте разреза, а также один из 3-х других критериев: гнойные выделения из поверхностного разреза; наличие боли при пальпации, локальной отечности, покраснения, местного повышения температуры. Хирург или врач, оказывавший помощь, непосредственно диагностирует хирургическую инфекцию поверхностного разреза. Не регистрируются как хирургическая инфекция поверхностного разреза: абсцесс шва (небольшое воспаление и выделения, ограниченные точечными участками около ниток); инфекция наружных половых органов после обрезания крайней плоти; инфицированная родовая травма; хирургическая инфекция разреза, которая захватывает фасциальный и мышечный слои.
7. Критериями определения хирургической инфекции глубокого разреза является появление ее в период 30 дней после процедуры оперативного вмешательства и поражение глубоких мягких тканей, а также один из трех других критериев: гнойные выделения из глубокого разреза, но не из органа или полости, подвергшихся хирургическому вмешательству; наличие абсцесса или других проявлений инфекции, охватывающих участок глубокого разреза и выявленных при прямом обследовании, во время повторной операции, при патогистологическом или рентгенодиагностическом исследовании. Хирург, оказывавший помощь, диагностирует хирургическую инфекцию глубокого разреза.
8. Критериями определения хирургической инфекции органа или полости относится орган или полость, которые открываются или подвергаются манипуляциям во время процедуры оперативного вмешательства, появление ее в период 30 дней после оперативного вмешательства (при отсутствии имплантанта) или в период 1 года (при наличии имплантанта), а также один из следующих критериев: гнойные выделения из дренажа, который был установлен путем прокола органа или полости; выделение культуры микроорганизма из асептически взятой жидкости или ткани органа или полости; наличие абсцесса или других проявлений инфекции, охватившей орган или полость и выявленной при прямом обследовании, во время повторной операции, при патогистологическом или рентгенодиагностическом исследовании. Хирург или врач, оказывавший помощь, диагностирует хирургическую инфекцию органа или полости.
9. Хирургическая инфекция, охватывающая более чем два специфических участка локализации, классифицируется как хирургическая инфекция глубокого разреза двух локализаций.
10. 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° С), 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 посеве 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° С), 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.

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

1. 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 болей в инфицированной области, а также гнойное отделяемое из инфицированной области, выделение микроорганизма в посеве крови, диагноз, установленный врачом, антимикробная терапия, рентгенологические данные.

1. Инфекции нижних дыхательных путей: бронхит, трахеобронхит, бронхиолит, трахеит (при отсутствии признаков пневмонии) характерны отсутствие 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.
2. 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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 гноетечением, 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.