

УТВЕРЖДАЮ:

Директор  
ГАУ «Североуральский ПНИ»  
Федоров В.Ю.  
« 19 » января 2024 г.

**ПРОГРАММА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ,  
СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ АВТОНОМНОМ  
СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
« СЕВЕРОУРАЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНТЕРНАТ » НА 2024 – 2026 ГГ.**

Г.Североуральск

## ПАСПОРТ

### **Наименование программы :**

- Программа профилактики ИСМП ( инфекций связанных с оказанием медицинской помощи) 2023 г – 2026 г.

### **Основание разработки:**

- Федеральный Закон от 30.03.1999 г. № 52- ФЗ « О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»

### **Цель программы:**

- Предупреждение возникновения и распространения ИСМП в ГАУ « Североуральский ПНИ», снижение возможности появления факторов риска для возникновения ИСМП

### **Разработчик Программы:**

- ГАУ « Североуральский ПНИ»

### **Срок реализации программы :**

- 2024 г.-20236 г.

### **Исполнители мероприятий программы :**

- Директор, зам.директора по медицинской части, старшая медицинская сестра, фельдшер, медицинская сестра,

### **Ожидаемые результаты:**

Создание условий для обеспечения защиты получателей социальных услуг и медицинского персонала от заражения ИСМП.

### **Система контроля за исполнением :**

- Контроль за реализацией программы осуществляется в установленном порядке

\* Зам. директора по мед.части - 1 раз в месяц

\* Старшая мед.сестра, фельдшер-1 раз в неделю

\* медицинские сестры - ежедневно

## СОДЕРЖАНИЕ:

1. Введение
2. Приложение № 1 (Программа мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния ГАУ «Североуральский ПНИ»)
3. Приложение № 2 (Вакцинопрофилактика)
4. Приложение № 3 (Регламент выявления, учета и регистрации инфекционных заболеваний и ИСМП)

Цель программы: Снижение уровня заболеваемости (минимизация случаев возникновения ИСМП), нетрудоспособности, смертности, экономического ущерба.

### Задачи :

1. Совершенствование методов профилактики ИСМП на путях передачи контроля за соблюдением госпитальной гигиены.
2. Реализация научно-обоснованной системы эпидемического надзора, организация оптимального санитарного и противозидемического режима в интернате.
3. Разработка и эпидемического надзор эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.
4. Рациональное применение антибактериальных и химических препаратов

## 1. Актуальность программы.

Эпидемиологическая (инфекционная, биологическая) безопасность обеспечивается в соответствии со следующими документами:

1. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (2011).
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
3. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»
4. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»
5. Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»).
6. Предложения (Практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), утвержденные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (2015).
7. Программа мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния МО (разрабатывается на долгосрочный период).

Проблема ИСМП в последние годы вновь приобрела большое значение для всех стран мира, как промышленно-развитых, так и развивающихся.

ИСМП остается одной из острейших проблем современной медицины и является в настоящее время одной из основных причин заболеваемости и смертности госпитализированных больных, приводящей прямо или косвенно к резкому увеличению стоимости больничного лечения.

ИСМП считается:

- 1) Инфекция, заражение которой происходит в лечебно-профилактических учреждениях;
- 2) Инфекционное заболевание сотрудника учреждения, заразившегося в следствии его профессиональной деятельности.

Рост заболеваемости ИСМП обусловлен рядом причин: демографическими изменениями в обществе, прежде всего увеличение числа лиц, относящихся к контингентам повышенного риска (больные хроническими заболеваниями), значительный рост числа антибиотикорезистентных госпитальных штампов, микроорганизмов, обладающих устойчивостью к воздействию современных дорогостоящих антибиотиков последних поколений, сложность проведения дезинфекции и стерилизации дорогостоящей медицинской аппаратуры, недостаточным финансированием здравоохранения в целом и каждого ЛПУ в частности, косвенно негативно влияющее на качество оказываемой медицинской помощи, внедрение в практику здравоохранения более сложных оперативных вмешательств, широким применением инструментальных методов диагностики и лечения, частным использованием терапевтических средств, подавляющих иммунную систему; нарушением санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов.

Нарастающими темпами распространяется наркомания и алкоголизм, и связанные с ними

## 1. Актуальность программы.

Эпидемиологическая (инфекционная, биологическая) безопасность обеспечивается в соответствии со следующими документами:

1. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (2011).
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
3. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»
4. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»
5. Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»).
6. Предложения (Практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), утвержденные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (2015).
7. Программа мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния МО (разрабатывается на долгосрочный период).

Проблема ИСМП в последние годы вновь приобрела большое значение для всех стран мира, как промышленно-развитых, так и развивающихся.

ИСМП остается одной из острейших проблем современной медицины и является в настоящее время одной из основных причин заболеваемости и смертности госпитализированных больных, приводящей прямо или косвенно к резкому увеличению стоимости больничного лечения.

ИСМП считается:

- 1) Инфекция, заражение которой происходит в лечебно-профилактических учреждениях;
- 2) Инфекционное заболевание сотрудника учреждения, заразившегося в следствии его профессиональной деятельности.

Рост заболеваемости ИСМП обусловлен рядом причин: демографическими изменениями в обществе, прежде всего увеличение числа лиц, относящихся к контингентам повышенного риска (больные хроническими заболеваниями), значительный рост числа антибиотикорезистентных госпитальных штампов, микроорганизмов, обладающих устойчивостью к воздействию современных дорогостоящих антибиотиков последних поколений, сложность проведения дезинфекции и стерилизации дорогостоящей медицинской аппаратуры, недостаточным финансированием здравоохранения в целом и каждого ЛПУ в частности, косвенно негативно влияющее на качество оказываемой медицинской помощи, внедрение в практику здравоохранения более сложных оперативных вмешательств, широким применением инструментальных методов диагностики и лечения, частным использованием терапевтических средств, подавляющих иммунную систему; нарушением санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов.

Нарастающими темпами распространяется наркомания и алкоголизм, и связанные с ними

Определение понятий:

**Эпидемиологическая (инфекционная) безопасность медицинской помощи** – состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболеваний инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, состояний носительства, интоксикации, сенсibilизации организма, травм, вызванных микро - и микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей.

**Эпидемиологическое обеспечение** – комплекс диагностических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний, включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекции, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также актуальных неинфекционных заболеваний среди населения, пациентов и персонала в медицинских организациях.

**В целях обеспечения эпидемиологической безопасности в ГАУ «Североуральский ПНИ» организует:**

1. Наличие Программы мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния медицинской организации (приложение 1).

2. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий, в т.ч.:

- наличие утвержденных эпидемиологически безопасных СОПов (алгоритмов инвазивных, в том числе манипуляций, процедур, выполнение которых сопровождается формированием эпидемиологического риска);
- организация обучения персонала эпидемиологически безопасным алгоритмам выполнения медицинских манипуляций с последующей оценкой и контролем знаний;
- соответствие технологий гигиены рук действующим правилам и стандартам;
- обеспечение организации достаточным объемом изделий медицинского назначения однократного и многократного применения, дезинфекционными и антисептическими средствами.

3. Обеспечение условий для изоляции пациентов, являющихся источниками инфекции для окружающих лиц, в т.ч.:

- наличие боксированных палат в приемно – карантинном отделении;
- наличие запаса средств индивидуальной защиты для работы с пациентами, подозрительными на инфекции, инфекции, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также источниками возбудителей ИСМП;
- наличие утвержденного перечня показаний для изоляции, а также алгоритмов
- действий ответственного персонала;
- организация обучения персонала алгоритмам изоляции пациентов и работы с изолированными больными с последующей оценкой и контролем знаний.

4. Обеспечение эпидемиологической безопасности внешней среды, в т.ч.:

- соответствие обеспеченности дезинфицирующими и антисептическими средствами расчетному количеству и соответствие их целевому назначению (критериям выбора);
- обеспеченность посудомоечными, стиральными и сушильными машинами, оборудованном для дезинфекции;
- соблюдение графика и условий проведения уборочных мероприятий во всех подразделениях учреждения;
- соответствие качества текущей, заключительной, профилактической дезинфекции требованиям санитарного законодательства.
- соответствие технологии обращения с медицинскими отходами санитарному законодательству;
- охват камерной дезинфекцией постельных принадлежностей 100 процентов от числа умерших пациентов и 100 процентов случаев, определенных санитарным законодательством при инфекционных заболеваниях.

#### 5. Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для лечения и профилактики инфекций, в т.ч.:

- наличие и исполнение алгоритмов антибиотикопрофилактики и антибактериальной терапии по каждому профилю оказываемой медицинской помощи;
- обоснование в истории болезни каждого назначения антибактериальной терапии;
- регулярный аудит обоснованности и корректности назначения антибактериальной терапии и профилактики клиническим фармакологом.

#### 6. Обеспечение эпидемиологической диагностики, в т.ч.:

- наличие и использование при постановке эпидемиологического диагноза стандартных определений случая инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
- применение приемов активного выявления ИСМП путем клинических обходов, историй болезни пациентов, протоколов вскрытий;
- регулярное проведение заседаний комиссии по профилактике ИСМП (не реже 1 раза в квартал);
- наличие формы акта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания в учреждении;
- проведение эпидемиологического расследования при каждом случае ИСМП или инфекционного заболевания у пациента либо медицинского работника.

#### 7. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинского персонала, в т.ч.:

- охват иммунопрофилактикой, регламентированной санитарным законодательством;
- обеспеченность индивидуальными средствами защиты;
- обеспеченность алгоритмами эпидемиологически безопасных медицинских технологий;
- охват своевременными медицинскими осмотрами 100 процентов;
- наличие алгоритмов действий при возникновении медицинских аварий в учреждении, а также необходимых средств, медикаментов для оказания первой помощи пострадавшим.
- учет и эпидемиологическое расследование аварийных ситуаций, возникающих при работе с кровью и другими биологическими жидкостями

#### 8. Кадровое обеспечение эпидемиологической безопасности.

- укомплектованность медицинским персоналом в соответствии со штатным расписанием;
- охват обучением на семинарах, конференциях по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации – 100 процентов от численности медицинского персонала ежегодно.

**Эпидемиологическая (инфекционная, биологическая) безопасность обеспечивается в соответствии со следующими документами:**

8. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (2011).
9. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
10. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»
11. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»
12. Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»).
13. Предложения (Практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), утвержденные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (2015).
14. Программа мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния МО (разрабатывается на долгосрочный период).

**Программа мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния  
ГАУ «Североуральский ПНИ»**

№ п/п	Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1	2	3	4
<b>1. Принятие мер по улучшению материально-технического и санитарно-противоэпидемического состояния учреждения</b>			
1.1.	Принять меры по приведению учреждения в соответствие с санитарными правилами и нормами, в том числе СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг», СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»	2024–2026 годы	Зам.директор по медицинской части  Руководитель хозяйственной службой  Старшая медицинская сестра  Техник
1.2.	Обеспечить проведение поэтапного капитального и ежегодного косметического ремонта жилых и служебных помещений	При наличии финансирования  2024–2026 годы	Руководитель хозяйственной службой  Техник
1.3.	При ремонтах вещевых складов обеспечить отделку поверхностей влагоустойчивыми материалами	Постоянно	Руководитель хозяйственной службой  Техник
1.4.	Принять меры по оборудованию системами вентиляции и кондиционирования помещений в соответствии с санитарными нормативами	При наличии финансирования  2024–2026 годы	Руководитель хозяйственной службой  Техник
1.5.	Обеспечить эффективную работу имеющихся бактерицидных облучателей с заменой оборудования, проработавшего гарантированный срок службы или вышедшего из строя	При наличии финансирования  2024–2026 годы	Зам.директор по медицинской части  Старшая медицинская сестра
1.6.	Установить в качестве резервного источника горячего водоснабжения водонагревательные устройства во всех	При наличии финансирования	Руководитель хозяйственной

	точках, где необходимо проведение гигиены рук или обработка изделий медицинского назначения	2024–2026 годы	службой Техник
1.7.	Обеспечить в помещениях с асептическим режимом наличие смесителей и дозаторов для мыла и кожного антисептика	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части  Старшая медицинская сестра
1.8.	Обеспечить соблюдение бельевого режима с проведением стирки в прачечном комбинате	Постоянно	Руководитель хозяйственной службой  Старшая медицинская сестра
1.9.	Обеспечить контроль за соблюдением санитарных норм при организации горячего питания	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части  Старшая медицинская сестра  Шеф - повар
1.10.	Строго соблюдать санитарные нормы приготовления, транспортирования, раздачи пищи в отделениях и на пищеблоке	Постоянно	Старшая медицинская сестра  Шеф - повар  Медицинская сестра диетическая  медсестры отделений
1.11.	Произвести замену устаревшего технологического оборудования, инвентаря, посуды на пищеблоке	При наличии финансирования  2024–2026 годы	Старшая медицинская сестра  Шеф - повар  сестра - хозяйка
1.12.	Обеспечить соблюдение санитарных правил к сбору, хранению, обеззараживанию и удалению отходов	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части  Старшая

			<p>медицинская сестра</p> <p>Руководитель хозяйственной службой</p>
1.13.	Принять меры по обеспечению достаточным количеством современного уборочного инвентаря	<p>При наличии финансирования</p> <p>2024–2026 годы</p>	<p>Руководитель хозяйственной службой</p> <p>сестра - хозяйка</p>
<b>2. Оптимизация системы эпидемиологического надзора</b>			
2.1.	Разработать и своевременно корректировать Программу организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий	По мере необходимости	<p>Специалист по охране труда</p> <p>Старшая медицинская сестра</p>
2.2.	Обеспечить достоверное выявление на основании стандартного определения случая, учет и регистрацию ИСМП	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.3.	Обеспечить контроль за учетом и регистрацией инфекционных заболеваний в установленном порядке	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.4.	Обеспечить проведение эффективного эпидемиологического расследование каждого случая ИСМП	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.5.	Обеспечить проведение в полном объеме профилактических обследований пациентов при их поступлении на стационарное обслуживание в учреждение	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.6.	Обеспечить организацию проведения эффективных противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного с ИСМП	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.7.	Обеспечить 100%-ное обследование пациентов на вирусные гепатиты В, С и ВИЧ-инфекцию в строгом соответствии с требованиями нормативных документов	Постоянно	<p>Зам.директорв по медицинской части</p> <p>фельдшер</p>
2.8.	Обеспечить систематическую оценку результатов работы по профилактике ИСМП с подготовкой информационного	Не реже 2 раз в год	Зам.директорв по медицинской части

	материала для рассмотрения на заседаниях ВК		фельдшер
2.9.	Обеспечить анализ качества и результатов производственного контроля с подготовкой информационного материала для рассмотрения на заседаниях ВК	Ежеквартально	Зам.директор по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра
2.10.	Организовать работу Комиссии по профилактике ИСМП	Постоянно	Зам.директор по медицинской части
2.11.	Своевременно обеспечивать все подразделения действующей нормативной документацией по вопросам профилактики ИСМП и организации санитарно-противоэпидемических мероприятий	Постоянно	Зам.директор по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра
2.12.	Организовать проведение семинаров, конференций по вопросам профилактики ИСМП и соблюдения требований эпидемиологической безопасности	Ежегодно	Зам.директор по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра
<b>3. Совершенствование лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ИСМП</b>			
3.1.	Обеспечить своевременное заключение договоров на проведение лабораторных исследований в рамках производственного контроля и диагностики инфекционных заболеваний, в том числе ИСМП	Ежегодно	Зам.директор по медицинской части Старшая медицинская сестра
3.2.	Соблюдать требования эпидемиологической безопасности при заборе клинического материала	Постоянно	Зам.директор по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра Средний медицинский персонал
<b>4. Повышение эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий</b>			
4.1.	Обеспечить приобретение дезинфицирующих средств, допущенных к применению в установленном порядке	Постоянно	Зам.директор по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.2.	Обеспечить отделения месячным запасом дезинфицирующих средств в соответствии с расчетной потребностью	Постоянно	Старшая медицинская сестра

4.3.	Обеспечить своевременное заключение договоров на работу дезинфекционной камеры	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.4.	Внедрять в работу учреждения новые дезинфектанты, средства химической стерилизации и кожные антисептики с учетом требований санитарного законодательства и результатов микробиологического мониторинга	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.5.	Обеспечить контроль за соблюдением сроков годности, за правильностью приготовления и использования применяемых дезинфицирующих средств, в том числе при помощи химических тест-индикаторов для экспресс-контроля	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.6.	Обеспечить своевременное приобретение достаточного количества изделий медицинского назначения, в том числе однократного применения	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.7.	Разработать и своевременно корректировать алгоритмы и инструкции по обеспечению эпидемиологической безопасности	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
4.8.	Обеспечить контроль за проведением дератизационных, дезинсекционных мероприятий	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра

#### 5. Совершенствование профилактики ИСМП среди медицинского персонала

5.1.	Обеспечить проведение вводного, периодических и внеплановых инструктажей по вопросам соблюдения требований эпидемиологической безопасности	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра
5.2.	Обеспечить профилактическую вакцинацию сотрудников в соответствии с национальным календарем прививок, в том числе против гепатита В	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
5.3.	Обеспечить медицинский персонал средствами индивидуальной защиты	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
5.4.	Проводить систематическое обучение персонала по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе по мерам профилактики	Не реже 1–2 раз в год	Зам.директорв по медицинской части фельдшер

	профессиональных заражений ИСМП, с последующей сдачей зачетов		Старшая медицинская сестра
5.5.	Обеспечить прохождение медицинских осмотров, в том числе обследование на гепатиты В, С и ВИЧ-инфекцию, работниками при поступлении и периодически в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
5.6.	Обеспечить аварийными аптечками все структурные подразделения учреждения на случай возникновения биологических аварий	Постоянно	Инженер по охране труда Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
5.7.	Вести в каждом структурном подразделении учреждения журнал учета аварийных ситуаций при оказании медицинской помощи	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части Старшая медицинская сестра
5.8.	Обеспечить своевременное комиссионное расследование случаев медицинских аварий с принятием адекватных противоэпидемических и профилактических мер	Постоянно	Зам.директорв по медицинской части фельдшер Старшая медицинская сестра

УТВЕРЖДАЮ:

Директор  
ГАУ «Североуральский ПНИ»  
Федоров В.Ю.  
«19» января 2024 г.

## Вакцинопрофилактика

*Основание для разработки программы (программа разрабатывается в соответствии с современными представлениями о профилактике инфекций управляемых средствами специфической профилактики):*

- Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «Закон о санэпидблагополучии населения».
- Закон СО «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней на территории Свердловской области» №73-ОЗ от 21.12.2001г.
- Приказ № 1122 н от 06.12.2021 г. ( Об утверждении регионального календаря профилактических прививок Свердловской области)
- Закон № 157 – ФЗ от 17.09.1998 г. « Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
- СП 3.3681-21 - Профилактика дифтерии инфекционных заболеваний

Цели программы: *Предупреждение, снижение заболеваемости и смертности от инфекций управляемых средствами вакцинопрофилактики.*

Задачи программы:

- достижение высокого уровня привитости среди получателей социальных услуг и сотрудников интерната против инфекционных заболеваний.
- обеспечение эффективной системы транспортировки, хранения и учета ИМБП;
- организация и обеспечение комплекса мер по предупреждению заражения гепатитами;
- проведение систематической информационно - пропагандической работы среди населения по вопросам эффективности вакцинации в профилактике инфекционных заболеваний.

Содержание программы :

Вакцинопрофилактика является наиболее эффективным методом предупреждения распространения инфекционных заболеваний, позволяет сохранить спорадический уровень заболеваемости «прививаемыми» инфекциями. Благодаря проведенной работе по вакцинопрофилактике за 2019г.не зарегистрированы случаи заболеваний дифтерией, коклюшем, краснухой, паротитом, столбняком, полиомиелитом. Снижение заболеваемости клещевым энцефалитом в последние годы напрямую связано проводимой иммунизацией против КЭ, Проводится большая работа по иммунизации получателей социальных услуг и сотрудников учреждения против гриппа.

Ожидание конечных результатов:

Снижение заболеваний, управляемых средствами специфической иммунопрофилактики

**План проведения профилактических прививок  
кlientов и сотрудников пансионата на 2024 – 2026гг.**

	Мероприятия		Срок исполнения		
			2024 г.	2025 г.	2026 г.
1	Вакцинация КЭ	Проживающие	83 чел – RV 15 – V	63 чел - RV	3 чел - RV
		Сотрудники	18 чел - RV 9 чел – V	28 чел - RV	64чел - RV
2	АДС - М	Проживающие	22 чел - RV 61 чел – V2	19 чел - RV	10 чел -RV
		Сотрудники	12 чел - RV 2 чел - V	14 чел - RV	11чел - RV
3	Гепатит В	Проживающие			
		Сотрудники	41 чел - RV 13 чел - V	12 чел - RV	13 чел - RV
4	Против дизентерии( Шигелвак)	Сотрудники	20 чел - RV	20 чел- RV	20 чел- RV
5	Против гриппа	Проживающие	373 чел.	373 чел.	373 чел.
		Сотрудники	160 чел	160 чел	160 чел

УТВЕРЖДАЮ:

Директор  
ГАУ «Североуральский ПНИ»  
Федоров В.Ю.  
« 19 » января 2024 г.

## Регламент выявления, учета и регистрации инфекционных заболеваний и ИСМП

### 1. Выявление, учет и регистрация инфекционных заболеваний

1.1. Выявление инфекционных заболеваний проводится всеми медицинскими работниками учреждения.

1.2. Выявление инфекционных заболеваний проводится в соответствии со следующими стандартными определениями случая:

#### Корь

Корь в типичной манифестной форме характеризуется совокупностью следующих клинических проявлений:

- кашель и/или насморк, конъюнктивит;
- общая интоксикация, температура 38 °С и выше;
- поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4-5 дня болезни (1 день – лицо, шея; 2 день – туловище; 3 день – ноги, руки) и пигментация.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М методом иммуноферментного анализа является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь».

При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

Взятие крови для исследований осуществляется на 4-5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10-14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раз при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь».

#### Краснуха

Краснуха в типичной манифестной форме характеризуется всеми перечисленными ниже проявлениями:

- непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах;
- незначительный подъем температуры;
- отсутствие интоксикации;
- лимфаденопатия, увеличение заднешейных лимфоузлов;
- редко – артралгия.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М методом иммуноферментного анализа является основанием для установления (подтверждения) диагноза «краснуха»

### **Эпидемический паротит**

Эпидемический паротит характеризуется общей интоксикацией (слабость, недомогание, лихорадка) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее) – паротит;
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины – панкреатит;
- у мужчин – сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка – орхит;
- у женщин – болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) – оофорит;
- лихорадка до 39 °С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского – серозный менингит.

### **Острая респираторная вирусная инфекция**

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) представляет собой группу острых вирусных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем и характеризующихся катаральным воспалением верхних дыхательных путей с симптомами инфекционного токсикоза.

ОРВИ – самая распространенная группа инфекционных болезней с широким спектром инфекционных агентов. ОРВИ преимущественно вызывают вирусы, относящиеся к шести семействам: ортомиксовирусы (вирусы гриппа), парамиксовирусы (респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа 1-4), коронавирусы, пикорнавирусы (риновирусы), аденовирусы, парвовирусы (бокавирус)

### **Грипп**

Грипп начинается остро с резкого подъема температуры (до 38 °С – 40 °С) с сухим кашлем или першением в горле и сопровождается симптомами общей интоксикации: ознобом, болями в мышцах, головной болью, болью в глазных яблоках; насморк обычно начинается спустя 3 дня после снижения температуры тела. Кашель может сопровождаться болью за грудиной.

При легком течении заболевания эти симптомы сохраняются 3-5 дней, и больной обычно выздоравливает, но при этом несколько дней сохраняется чувство выраженной усталости, особенно у лиц старшего возраста.

Тяжелое течение гриппа сопровождается поражением нижних дыхательных путей с развитием пневмонии и (или) признаками дыхательной недостаточности: появляется одышка или затрудненное дыхание в покое (у детей до 5 лет наблюдается втяжение грудной клетки или свистящее дыхание в покое), цианоз носогубного треугольника. При тяжелых формах гриппа могут развиваться отек легких, сосудистый коллапс, отек мозга, геморрагический синдром, присоединяются вторичные бактериальные осложнения.

Грипп представляет большую опасность из-за развития серьезных осложнений, особенно у детей до 5 лет, беременных женщин, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, лиц старше 60 лет и других.

Стандартное определение случая гриппа: грипп – острая вирусная инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризующаяся острым началом, лихорадкой (с температурой 38 °С и выше), общей интоксикацией и поражением дыхательных путей

## Дифтерия

Диагностика дифтерии носит комплексный характер и предусматривает оценку клинической картины заболевания с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

Предварительный диагноз дифтерии основывается, прежде всего, на клинических и клинико-эпидемиологических данных.

Окончательный диагноз дифтерии может устанавливаться на основе клинической картины и результатов лабораторных исследований; с учетом клинической картины, развития симптомов болезни и оценки эффекта терапии; клинико-эпидемиологически.

Характерными клиническими признаками дифтерии являются:

(а) местные – пленчатые налеты у больных ангиной, фарингитом, паратонзиллитом и паратонзиллярным абсцессом, аденоидитом, ларинготрахеитом, конъюнктивитом и кератоконъюнктивитом; катарально – язвенное и пленчатое воспаление слизистых оболочек носа и гениталий;

(в) регионарные – лимфаденит, отек подкожной клетчатки шеи;

(с) злокачественные – струп, геморрагический некроз поверхности миндалин, фарингеальный стеноз, болевой тризм жевательных мышц, манифестный лимфаденит, плотный отек шеи (бычья шея, шея Цезаря), геморрагическое пропитывание слизистых оболочек ротоглотки и кожи, токсический сосудистый коллапс, ранний миокардит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность, глубокие периферические парезы через 1-4 недели от начала заболевания.

Диагноз дифтерии может устанавливаться при наличии одного или нескольких характерных клинических признаков дифтерии.

Для лабораторного подтверждения обязательно использование бактериологического метода, предусматривающего выделение токсигенных *C. diphtheriae* с клинически подозрительных поражений слизистых оболочек ротоглотки, носоглотки, носа и гортани, глаз, гениталий, а

также кожи (рана, корочки и др.). Другие методы исследования имеют вспомогательное значение.

В некоторых случаях диагноз может быть подтвержден четырехкратным и более увеличением уровня антитоксина в парных сыворотках крови, если больному не вводили антитоксин с лечебной целью, а его исходный уровень был низким.

В целях раннего выявления дифтерии, прежде всего ее токсических форм, медицинским работникам медицинских организаций следует активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалины (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение 3 дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых 24 часов

### **Полиомиелит**

Острый вялый паралич – любой случай острого вялого паралича у ребенка до 15 лет (14 лет 11 мес. 29 дн.), включая синдром Гийена-Барре, или любое паралитическое заболевание независимо от возраста при подозрении на полиомиелит;

Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким вирусом полиомиелита – случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день после возникновения, при котором выделен «дикий» вирус полиомиелита (по МКБ 10 – А80.1, А80.2);

Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента – случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший, как правило, не ранее 4 и не позднее 30 дня после приема вакцины ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ 10 – А80.0.);

Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у контактного – случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший, как правило, не позднее 60 дня после контакта с привитым вакциной ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ 10 – А80.0.);

Острый паралитический полиомиелит не уточненной этиологии – случай острого вялого спинального паралича, при котором получены отрицательные результаты лабораторного обследования (вирус полиомиелита не выделен) вследствие неадекватно собранного материала (позднее выявление случая, поздние сроки отбора, неправильное хранение, недостаточный объем материала для исследования) или лабораторное исследование не проводилось, но наблюдаются остаточные вялые параличи к 60 дню с момента их возникновения (по МКБ 10 – А80.3.);

Острый паралитический полиомиелит другой, неполиовирусной этиологии – случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60 день, при котором проведено полное адекватное лабораторное обследование, но вирус полиомиелита не выделен, и не получено диагностического нарастания титра антител или выделен другой нейротропный вирус (по МКБ 10 – А80.3.)

### **Вирусный гепатит А**

#### **Стандартное определение случая острого гепатита А**

Острый гепатит А (далее – ОГА) – острая вирусная инфекционная болезнь, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и

кожных покровов) и обычно сопровождающаяся повышением уровня aminотрансфераз сыворотки крови.

Лабораторным критерием подтверждения случая ОГА является наличие антител класса IgM к вирусу гепатита А (далее – anti-HAV IgM) или РНК вируса гепатита А в сыворотке крови.

Классификация случая ОГА для целей эпидемиологического надзора.

Подозрительный случай – случай, соответствующий клиническому описанию.

Подтвержденный случай – это случай, соответствующий клиническому описанию и подтвержденный лабораторно, или случай, который соответствует клиническому описанию, выявленный у человека, имевшего контакт с лабораторно подтвержденным случаем гепатита А в течение 15-50 дней до появления симптомов заболевания.

При наличии эпидемического очага с множественными случаями ОГА диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологических данных

### **Вирусный гепатит В**

Острый гепатит В (ОГВ) – широко распространенная инфекция человека, вызываемая вирусом гепатита В; в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикации (с желтухой или без нее), отличается многообразием клинических проявлений и исходов заболевания.

Хронический гепатит В (ХГВ) – длительное воспалительное поражение печени, которое может переходить в более тяжелое заболевание – цирроз и первичный рак печени, оставаться без изменений или регрессировать под влиянием лечения или спонтанно. Основным критерием для причисления заболевания к хроническому гепатиту является сохранение диффузного воспаления печени более 6 месяцев.

Окончательный диагноз острого и хронического гепатита В устанавливается при комплексном учете эпидемиологических, клинических, биохимических и серологических данных

### **Вирусный гепатит С**

В настоящее время выделяют две клинические формы заболевания: острый гепатит С (далее – ОГС) и хронический гепатит С (далее – ХГС).

ОГС в клинически выраженных случаях (10-30% случаев) может проявляться общим недомоганием, повышенной утомляемостью, отсутствием аппетита, рвотой, желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и сопровождается повышением активности aminотрансфераз сыворотки крови.

ХГС клинически может проявляться слабостью, общим недомоганием, снижением аппетита, чувством тяжести в правом подреберье, увеличением размеров печени, желтухой, повышением активности aminотрансфераз, однако в большинстве случаев симптомы заболевания слабо выражены, а активность aminотрансфераз может быть в пределах нормальных показателей.

Окончательный диагноз острого или хронического гепатита С устанавливается на основании комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных данных

### **Сальмонеллез**

По степени достоверности диагноза случаи заболевания сальмонеллезом классифицируются как подозрительные, вероятные или подтвержденные.

Подозрительный случай сальмонеллеза – лихорадка более 38 °С, диарея, рвота, боли в животе.

Вероятный случай сальмонеллеза – связь заболевания с употреблением эпидемически значимых при сальмонеллезе продуктов.

Подтвержденный спорадический случай сальмонеллеза – выделение из клинического материала сальмонеллы определенного серовара.

При эпидемиологически доказанной вспышке диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза. Данные серологического обследования (в парных сыворотках нарастание титра антител не менее, чем в 4 раза против сальмонеллы определенной группы в реакции РПГА) или положительный результат ПЦР используются как вспомогательные методы для лабораторного подтверждения случаев или для установления источника инфекции

### **Острые кишечные инфекции**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой обширную группу инфекционных заболеваний преимущественно антропонозного ряда с фекально – оральным механизмом передачи возбудителей. Основными возбудителями ОКИ являются представители семейства *Enterobacteriaceae*, а также другие микроорганизмы, в том числе вирусной природы. Все большее значение в этиологии ОКИ приобретают криптоспоридии.

Характеризуются преимущественным поражением желудочно кишечного тракта. В большинстве случаев наблюдается диарея и явления интоксикации организма. Иногда отмечается бессимптомное течение болезни, которое сопровождается выделением патогенных и условно – патогенных возбудителей – состояние бактерионосительства (вирусоносительства).

При ОКИ, вызванной *Cl. difficile*, наблюдаются явления псевдомембранозного колита. При ОКИ вирусной этиологии наряду с поражениями кишечника отмечаются изменения со стороны верхних дыхательных путей: неба, дужек, язычка – при ротавирусной инфекции; трахеобронхит – при аденовирусной инфекции. В случаях криптоспоридиоза (протозойная инфекция) клиническая симптоматика сходна с бактериальными кишечными инфекциями.

Ведется регистрация бактериальной дизентерии (шигеллеза), в том числе бактериологически подтвержденной, а также дизентерии, вызванной шигеллами Зонне и шигеллами Флекснера и бактерионосителей дизентерии.

Отдельно регистрируются ОКИ установленной этиологии, включая вызванные бактериальными и вирусными возбудителями и пищевые токсикоинфекции установленной этиологии.

Отдельно регистрируются ОКИ и пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии.

В число ОКИ установленной этиологии включены заболевания, вызванные ротавирусами, кампилобактериями, энтеропатогенными кишечными палочками и йерсиниями энтероколита, и другие заболевания бактериальной и вирусной этиологии.

В число ОКИ неустановленной этиологии включены колиты, энтериты, гастроэнтероколиты инфекционные или предположительно инфекционные, гастроэнтериты, колиты и энтериты

без других указаний, не включенные в кишечные инфекции, вызванные установленными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции, вызванные неуточненными инфекционными возбудителями; не включаются сальмонеллезные инфекции, ботулизм и отравления, вызванные ядовитыми ягодами, грибами и т.д. .

### **Ротавирусная инфекция**

Диагноз РВИ при спорадической заболеваемости устанавливается на основании клинических, эпидемиологических данных и обязательного лабораторного подтверждения (обнаружение маркеров ротавирусов методом ИФА, ПЦР или другими методами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке).

В групповых очагах ОКИ (при регистрации 5 и более взаимосвязанных случаев заболеваний) исследования на РВ проводятся по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Больным из очагов групповых заболеваний ОКИ, в которых имеются лабораторно подтвержденные случаи РВИ, диагноз «ротавирусная инфекция» может быть установлен на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

Окончательный диагноз должен включать: клиническую форму заболевания, тяжесть течения, осложнение и результаты лабораторного обследования на РВ (при спорадической заболеваемости). У лиц с бессимптомной инфекцией диагноз устанавливается на основании результатов проведенного лабораторного исследования и эпидемиологических данных

### **Менингококковая инфекция**

Достоверный учет заболеваний генерализованными формами менингококковой инфекцией базируется на объективных показателях стандартного определения случая со следующей классификацией:

*Предполагаемый стандартный случай острого менингита* выявляют на догоспитальном уровне. Основные критерии: неожиданный подъем температуры до 38 – 39 °С, нестерпимая головная боль, напряженность (ригидность) шейных мышц, изменение сознания и другие проявления. У детей до 1 года подъем температуры сопровождается выбуханием родничка.

*Вероятный стандартный случай острого бактериального менингита* выявляют, как правило, непосредственно после госпитализации, при этом учитывают один или несколько из вышеперечисленных критериев и: мутный ликвор, лейкоцитоз более 100 клеток в мм<sup>3</sup> с преобладанием нейтрофилов (60 – 100 %), лейкоцитоз в диапазоне 10 – 100 клеток в мм<sup>3</sup> с преобладанием нейтрофилов (60 – 100 %) со значительным повышением белка (0,66 – 16,0 г/л) и снижением показателей глюкозы.

*Возможный стандартный случай генерализованной формы менингококковой инфекции (менингококкового менингита и/или менингококцемии)* включает один или несколько из вышеперечисленных критериев и: выявление грамтрицательных диплококков в ликворе и/или крови, наличие специфических геморрагических высыпаний на коже, эпидемиологическое указание на повторный случай из очага или неблагоприятная обстановка по менингококковой инфекции в регионе.

Подтвержденный стандартный случай генерализованной формы менингококковой инфекции (менингококкового менингита и/или менингококцемии) включает один или несколько из вышеперечисленных критериев и: выявление группоспецифического антигена к менингококку в ликворе и/или крови, обнаружение роста культуры менингококков при посеве ликвора и/или крови с определением серогруппы

## Столбняк

Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни и эпидемиологического анамнеза. Лабораторная диагностика столбняка имеет второстепенное значение.

- поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) в результате чего возникает посттравматический столбняк;
- проникающие повреждения желудочно-кишечного тракта при экстренных операциях – постоперационный столбняк;
- пуповину при самостоятельных родах (без медицинской помощи) – столбняк новорожденных (пупочный столбняк).

Каждая из этих форм характеризуется особенностями симптоматики, клинического течения и исхода.

Посттравматический столбняк чаще имеет средний инкубационный период 6-14 дней, развивается по классической схеме: тянущие боли по ходу поврежденной части тела, последовательное развитие спазма мимической мускулатуры с появлением страдальческой улыбки (*resus sardonicus*), спазма жевательной мускулатуры с нарушением глотания (*trismus*), спастическое сокращение мышц затылка, груди, плеч, спины, бедер, что вызывает выгибание позвоночника (*opisthotonus*). Характерной особенностью является сохранение гипертонуса мышц после приступа. Наблюдается повышение температуры, потливость, тахикардия, нарушение мочеиспускания и дефекации при сохранении сознания. Далее развиваются тонические и клонические судороги, которые захватывают дыхательные мышцы, диафрагму и могут привести к летальному исходу. Летальность при этой форме составляет до 50%.

Постоперационный и постабортальный столбняк может развиваться через 6-24 часа, максимум – 2-3 суток, клиническая картина развивается быстро, часто отсутствуют спазмы мимической и жевательной мускулатуры, сразу появляются судороги всего тела. Летальность при таких формах столбняка достигает 70%.

Пупочный столбняк (наиболее тяжелая форма), которая имеет короткий инкубационный период (1-3 суток), инициальные симптомы: постоянный крик ребенка, полный отказ от груди, судороги тела с запрокидыванием головы и поджатием рук и ног (поза лягушонка). Летальность – 80-90%

1.3. Учет и регистрация инфекционных заболеваний осуществляется в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1/3.2.3146-13. О каждом случае инфекционной (паразитарной) болезни, носительства возбудителей инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на инфекционную (паразитарную) болезнь, а также в случае смерти от инфекционной (паразитарной) болезни медицинские работники, выявившие заболевание, в течение 2 часов сообщают по телефону 9-86-77 или 2-25-32, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи) представить экстренное извещение в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ленинградской области в Гатчинском районе». О каждом случае инфекционной (паразитарной) болезни, носительства возбудителей инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на инфекционную (паразитарную) болезнь, а также в случае смерти от инфекционной (паразитарной) болезни медицинские работники, выявившие заболевание, информируют эпидемиологический отдел ФБУЗ ЛО «КМБ №1» по телефону 3-25-17.

Каждый случай инфекционной (паразитарной) болезни, носительства возбудителей инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на инфекционную (паразитарную) болезнь, а также в случае смерти от инфекционной (паразитарной) болезни медицинские работники регистрируют в журнале учета инфекционных заболеваний форма № 060/у.

## 2. Выявление учет и регистрация ИСМП

2.1. Выявление ИСМП проводится всеми медицинскими работниками больницы.

2.2. Выявление ИСМП проводится в соответствии со следующими стандартными определениями случая:

### Пневмония

Два или более последовательных рентгенологических исследования или КТ-сканирования показывает картину пневмонии у пациентов с сердечной или легочной недостаточностью. У пациентов без сердечной или легочной недостаточности достаточно одного рентгенологического исследования или КТ-сканирования

И один из следующих симптомов:

Лихорадка  $> 37,5$  °С без других причин

Лейкопения ( $< 4\ 000$  лейкоцитов/ $\text{мм}^3$ ) или лейкоцитоз ( $\geq 12\ 000$  лейкоцитов/ $\text{мм}^3$ )

И одно из следующего (или не менее двух, если клиническая пневмония только = PN 4 and PN 5)

— Вновь появившаяся гнойная мокрота, или изменение характера мокроты (цвет, запах, количество, консистенция)

— Кашель или диспноэ или тахипноэ

— Подозрения при аускультации (хрипы или звуки бронхиального дыхания), ronchi, одышка

— Ухудшение газообмена (например,  $\text{O}_2$  десатурация или увеличение потребности в кислороде или увеличение потребности в вентиляции)

И в соответствии с используемым методом диагностики

а) Бактериологическая диагностика выполняется путем:

Положительный количественный высеv из минимально контаминированных образцов нижних дыхательных путей (НДП) (PN 1)

— Брнхо-альвеолярный лаваж (БАЛ) с пороговой величиной  $\geq 10^4$  КОЕ/мл или  $\geq 5\%$  клеток, полученных при БАЛ, содержат бактерии внутриклеточно при прямом микроскопическом исследовании (классифицированных как диагностическая категория БАЛ)

— Защищенная браш (PB Wimberley) с пороговой величиной  $\geq 10^3$  КОЕ/мл

— Дистальная защищенная аспирация (DPA) с пороговой величиной  $\geq 10^3$  КОЕ/мл

Положительный количественный высеv из возможно контаминированного образца из НДП (PN 2)

— Положительный высеv из образца НДП (например эндотрахеальный аспират) с пороговой величиной  $\geq 10^6$  КОЕ/мл

b) Альтернативные микробиологические методы (PN 3)

— Положительный высеv из крови, не связанный с инфекцией другой локализации

— Положительный высеv из плевральной жидкости

— Плевральный или легочный абсцесс с позитивной аспирацией иглой

— Гистологическое исследование легких показывает признаки пневмонии

— Положительное исследование на вирус или редкие микробы (например, *Legionella*, *Aspergillus*, *mycobacteria*, *mycoplasma*, *Pneumocystis jirovecii*)

— Обнаружение вирусных антигенов или антител в респираторном секрете (например, EIA, FAMA, PCR)

— Положительное прямое исследование или положительный высеv из бронхиального секрета или тканей

— Сероконверсия (например, вирус гриппа, *Legionella*, *Chlamydia*)

— Обнаружение антигенов в моче (*Legionella*)

c) Другие

— Положительный высеv из мокроты или неколичественный высеv из образца НДП (PN 4)

— Отрицательные микробиологические исследование (PN 5)

— Примечание: PN 1 и PN 2 критерии действительны без предыдущей антимикробной терапии

*Пневмония, связанная с интубацией*

Пневмония определяется как связанная с интубацией, если инвазивное респираторное устройство было установлено за 48 часов до возникновения признаков инфекции

Примечание: Если интубация была начата в день появления симптомов без дополнительной информации о последовательности событий не рассматривается как связанная с интубацией