

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм "

Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного контроля за внутрибольничными инфекциями в медицинских организациях Республики Казахстан"

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 августа 2006 года № 349. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 сентября 2006 года № 4385. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 июня 2010 года № 476

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 30.06.2010 № 476.

В соответствии с подпунктом 6) статьи 7 и подпунктом 14) статьи 17 Закона Республики Казахстан "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые санитарно-эпидемиологические правила и нормы "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного контроля за внутрибольничными инфекциями в медицинских организациях Республики Казахстан".

2. Комитету государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Белоног А. А.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан.

3. Департаменту организационно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Акрачкова Д. В.) направить настоящий приказ на официальное опубликование после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4 . Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра Министерства здравоохранения Республики Казахстан Аканова А . А.

5. Настоящий приказ вводится в действие со дня его официального опубликования.

И.о. Министра

У т в е р ж д е н ы п р и к а з о м

И . о . М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

**Санитарно-эпидемиологические правила и нормы
"Санитарно-эпидемиологические требования к условиям
работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного
контроля за внутрибольничными инфекциями в медицинских
организациях Республики Казахстан"**

1. Общие положения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормы (далее - санитарные правила) устанавливают требования к условиям работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного контроля за внутрибольничными инфекциями в медицинских организациях независимо от форм собственности.

Сноска. Пункт 1 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

2. В настоящих санитарных правилах использованы следующие термины:

- 1) адекватная обработка - мероприятия, проводимые в объеме санитарно-противоэпидемических мероприятий на конкретных объектах;
- 2) алгоритм - технология проведения лечебно-диагностических манипуляций и профилактических мероприятий с учетом исключения факторов риска;
- 3) антисептика - совокупность способов уничтожения или подавления жизнедеятельности потенциально опасных микроорганизмов на коже, слизистых оболочках, ранах и полостях в целях обеспечения лечения и предупреждения развития инфекционного процесса;
- 4) асептика - совокупность способов предупреждения заселения и размножения возбудителей болезни на коже, слизистых оболочках, ранах и полостях;
- 5) внутрибольничные инфекции (далее - ВБИ) - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое развивается у пациента в результате его поступления в стационар, обращения за медицинской помощью, или любое инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации, развившееся вследствие его работы в ней, вне зависимости от времени появления симптомов заболевания до или во время пребывания в стационаре;
- 6) госпитальные инфекции - любые клинические заболевания, приобретенные или проявившиеся в условиях стационара;

7) занос инфекции - инфекционные заболевания, приобретенные до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные в стационаре;

8) источник инфекции - естественная среда обитания микроорганизмов, где обеспечивается их накопление, рост, размножение;

9) инфекционный контроль - система организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций, основанная на данных эпидемиологической диагностики;

10) специалист инфекционного контроля - врач-эпидемиолог и специально обученная медицинская сестра, которые выполняют эпидемиологический надзор в медицинской организации;

11) стандарты инфекционного контроля - требования к организации системы инфекционного контроля и проводимых мероприятий;

12) стандарты определения случаев внутрибольничной инфекции диагностические критерии, на которых базируется постановка диагноза;

13) факторы риска - элементы окружающей среды, принимающие участие в передаче возбудителя инфекции;

14) эпидемиологическая диагностика - оценка эпидемиологической ситуации по внутрибольничной инфекции с целью оптимизации мер борьбы и профилактики;

15) эпидемиологическое наблюдение - систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций и обеспечение информацией ответственных лиц для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи и профилактики инфекционных заболеваний;

16) экзогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате заражения микроорганизмами извне;

17) эндогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате активации возбудителей самого организма.

Сноска. Пункт 2 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

3. В инфекционный контроль входят следующие мероприятия:

1) организация полного и своевременного учета и регистрации ВБИ;

2) расчет показателей заболеваемости с учетом ведущих факторов риска, проведение детального анализа заболеваемости внутрибольничными и госпитальными инфекциями и установление причин их возникновения; расследование вспышек ВБИ и принятие соответствующих мер по ликвидации;

3) разработка комплекса организационных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по профилактике госпитальных и

внутрибольничных инфекций и контроль за их реализацией (программ и планов);

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

5) организация и осуществление микробиологического мониторинга;

6) расчет экономического ущерба от госпитальных инфекций, участие в разборе случаев экономических претензий со стороны больных, заболевших ВБИ ;

7) организация мероприятий по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости; разработка программы оздоровления медицинского персонала;

8) обучение кадров по вопросам инфекционного контроля;

9) разработка программы антибиотикопрофилактики и тактики антибиотикотерапии и протоколов применения антибиотиков;

10) выявление истинного уровня внутрибольничной заболеваемости;

11) организация и контроль санитарно-противоэпидемического режима;

12) организация сбора, обезвреживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов, биологического материала .

4. Для эффективной организации системы инфекционного контроля в каждой медицинской организации (стационаре) создается комиссия инфекционного контроля (далее - комиссия), которая проводит заседания согласно типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций, указанному в приложении 1 к настоящим санитарным правилам.

Сноска. Пункт 4 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

5. В состав комиссии входят председатель-руководитель медицинской организации или его заместитель, постоянные члены из сотрудников данной медицинской организации: (госпитальный эпидемиолог, медицинская сестра инфекционного контроля, врач-хирург, врач-инфекционист, врач-терапевт, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-бактериолог, заведующий аптекой, главная медицинская сестра). При необходимости привлекаются другие профильные специалисты: врач-патологоанатом в случае регистрации летального исхода от ВБИ, специалист инженерного профиля (при обсуждении вопросов эксплуатации зданий, сооружений, медицинской аппаратуры), экономист (для расчета экономического ущерба от случаев ВБИ), другие специалисты в зависимости от профиля медицинской организации и по решению его

руководителя .

Сноска. Пункт 5 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

6. Координация деятельности в системе инфекционного контроля должна обеспечиваться первым руководителем медицинской организации.

7. В каждой медицинской организации должна быть разработана программа внутрибольничного инфекционного контроля (далее - Программа) в зависимости от профиля, специфических особенностей лечебно-профилактического процесса, финансовых и материальных ресурсов.

8 . Внедрение системы инфекционного контроля и передовых технологий является модельной базой с целью подготовки специалистов по вопросам инфекционного контроля.

9. Для изучения клинических штаммов и мониторинга микробного пейзажа, в стационарах областных центров, городов должны быть развернуты микробиологические лаборатории .

Сноска. Пункт 9 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

9-1. Стационар должен обеспечивать проведение микробиологических исследований в полном объеме: выделение и идентификация возбудителей госпитальных инфекций, определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, антисептикам, дезинфекционным средствам, применяемым в данной медицинской организации.

В каждой медицинской организации должны быть разработаны 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 .

Сноска. Правила дополнены пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

10. Организация и проведение сбора, обеззараживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов проводится в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами, утвержденными приказом И.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 января 2004 года N 19 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм "Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, использованию,

обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов медицинских организаций", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за N 2674. см. V085264

11. В целях организации полного, своевременного учета и регистрации случаев, госпитальных и внутрибольничных инфекций, прежде всего в отделениях риска (родильных, хирургических, реанимации, гематологии) ожоговых центрах врачом-эпидемиологом (специалистами инфекционного контроля) должен проводиться осмотр пациентов при обходе, активное выявление случаев госпитальных инфекций лечащими врачами, регулярный анализ результатов посевов из микробиологической лаборатории, анализ данных температурных листов, историй болезней больного, отчетов патологоанатомического отделения.

12. Для каждого типа стационара (отделений) должен разрабатываться перечень нозоформ гнойно-септических осложнений, подлежащих учету и регистрации.

13. Случай внутрибольничного инфицирования должен определяться комиссионно на основании данных эпидемиологической диагностики, в отдельных случаях, с приглашением представителей органов здравоохранения и государственных органов санитарно-эпидемиологической службы по усмотрению председателя комиссии инфекционного контроля медицинской организации. При этом должно учитываться влияние факторов риска, присутствующих у больного (эндогенные факторы, учет группы риска среди поступающих пациентов), факторы риска, связанные с проведением медицинского вмешательства (экзогенные факторы).

14. Учет случаев ВБИ должен проводиться по локализации патологического процесса и видов осложнений:

- 1) ВБИ, связанные с оказанием медицинской помощи в стационаре;
- 2) ВБИ, связанные с проведением различных медицинских процедур в организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, медико-санитарной помощи на дому;
- 3) профессиональные внутрибольничные заражения медицинских работников

15. При подаче сведений о регистрации случая ВБИ должны учитываться дата поступления в медицинскую организацию, дата появления признаков гнойно-септической инфекции (осложнений), локализация, чувствительность к антибиотикам, медицинские манипуляции, полученные ранее (отделение, виды лечебно-диагностических процедур). Каждый выявленный случай внутрибольничной заболеваемости должен вноситься в журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у).

16. Экстренное извещение по форме N 058/у должно подаваться в государственные органы санитарно-эпидемиологической службы в соответствии с перечнем, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июня 2003 года N 479 "Об утверждении Правил регистрации и учета инфекционных и паразитарных заболеваний среди населения Республики Казахстан и перечня инфекционных и паразитарных заболеваний среди населения, подлежащих регистрации и учету в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за N 2412).

17. О случаях заноса инфекции должна информироваться медицинская организация, в которой предположительно произошло инфицирование и государственные органы санитарно-эпидемиологической службы.

18. Государственными органами санитарно-эпидемиологической службы должны представляться внеочередные донесения в Министерство здравоохранения Республики Казахстан при возникновении групповых заболеваний ВБИ (одномоментное возникновение трех и более гнойно-септических и других форм инфекционных заболеваний, осложнения с и т у а ц и и) .

Сноска. Пункт 18 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

19. Планирование внедрения системы инфекционного контроля должно осуществляться путем утверждения Программы, и включать следующие разделы :

1) организационно-методические мероприятия (создание комиссии, организация его работы, информации);

2) мероприятия по укреплению материально-технической базы в соответствии с требованиями Санитарных правил и норм "Требования к устройству и содержанию больничных организаций и организаций охраны материнства и детства", утвержденными приказом Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 24 июня 2002 года N 23, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за N 1913 (размещение отделений по принципам поточности и цикличности, оснащение медицинским оборудованием согласно табелю оснащения отделений; оснащение твердым и мягким инвентарем, оснащение дезинфекционно-стерилизационным оборудованием, закрытие отделений реанимации, родовспомогательных учреждений, детских стационаров и других на плановую санитарную обработку с проведением косметического ремонта, мероприятия по утилизации медицинских отходов и охране здоровья с о т р у д н и к о в) ;

3) лечебно-диагностические и санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, которые должны включать следующие в о п р о с ы :

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), адекватного количества эпидемиологически значимых объектов (возможного контаминацией возбудителей);

содержание потоков основных информации о характеристике лечебно-диагностического процесса, данные о хирургических и инвазивных (повреждающих, агрессивных) манипуляциях, результаты микробиологической диагностики, выделенные от пациентов и из объектов внешней среды;

состояние санитарно-противоэпидемического режима, выполнение изоляционно-ограничительных мероприятий, оценка качества стерилизации и дезинфекции, процедуры обработки рук персонала, сведения об эпидемиологической ситуации в медицинской организации, откуда поступает п а ц и е н т (н о в о р о ж д е н н ы й);

4) для разработки профилактических мероприятий должен проводиться оперативный эпидемиологический анализ, слежение за формированием госпитальных штаммов, прогноз эпидемиологической ситуации, качественная интерпретация клинических и лабораторных данных, в результате должны разрабатываться алгоритмы (технологии) эпидемиологически безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, изоляционно-ограничительные мероприятия (обработка операционного и родильного блока, проведение заключительной дезинфекции, генеральной уборки, обработка эндоскопического оборудования);

5) работа с медицинским персоналом по вопросам профилактики внутрибольничных инфекций и инфекционного контроля:

проведение обучающих семинаров, с использованием дифференцированных образовательных программ для специалистов разного профиля с учетом с п е ц и ф и к и с т а ц и о н а р а ;

обучение на курсах повышения квалификации по данным вопросам руководителей среднего звена и специалистов по инфекционному контролю;

тестирование совместно со специалистами органов здравоохранения и государственных органов санитарно-эпидемиологической службы;

с медицинским персоналом при поступлении на работу должен проводиться инструктаж по вопросам профилактики ВБИ и инфекционного контроля или

тестирование, в дальнейшем периодический инструктаж не реже 1 раза в 6 месяцев ;

б) профилактика случаев профессиональных заражений и другой патологии профессионального характера:

обучение медицинского персонала по технике безопасности и правилам личной гигиены, с целью уменьшения числа травм на рабочих местах и предупреждения других заболеваний и несчастных случаев;

выявление и расследование возможных случаев профессионального заражения медицинских работников;

иммунизация медицинских работников, входящих в группу повышенного риска, против гепатита В, дифтерии и других инфекций по показаниям (кори, эпидемического паротита и краснухи, гриппа, столбняка);

обеспечение индивидуальными средствами защиты (антисептики, маски, перчатки).

2. Критерии определения внутрибольничных инфекций

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

21. 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.

22. 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.

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

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

25. 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.

26. 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.

27. 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 имплантата) или в период 1 года (при наличии имплантата), 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.

28. Хирургическая инфекция, охватывающая более чем два специфических участка локализации, классифицируется как хирургическая инфекция глубокого разреза двух локализаций.

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

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

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

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

30. Манифестным инфекциям мочевыводящих путей обязателен один из следующих критериев: лихорадка (более 38°C), резкие позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия, болезненность в надлобковой области и обязательное обнаружение в бактериальном посеве мочи более 10^5 колоний/мл (не более двух видов микроорганизмов).

31. 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 10^5 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 10^5 колоний/мл, но у больного нет лихорадки, частого мочеиспускания, болезненности в надлобковой области, дизурии.

32. 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°C и более в инфицированной области, а также гнойное отделяемое из инфицированной области, выделение микроорганизма в посевах крови, диагноз, установленный врачом, антимикробная терапия, рентгенологические данные.

33. Инфекции нижних дыхательных путей: бронхит, трахеобронхит, бронхиолит, трахеит (при отсутствии признаков пневмонии) характерны отсутствием у больного клинических проявлений или рентгенологических признаков пневмонии и обязательное наличие двух из перечисленных ниже признаков: температуры более 38°C , 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.

34. 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.

35. К инфекциям репродуктивных органов относится послеродовой метроэндометрит, при котором отмечаются лихорадка менее $37,8^{\circ}\text{C}$ до 24 часов, лихорадка более 38°C 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.

36. 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.

37. 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 1 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 высеv 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.

Сноска. Пункт 37 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).

Приложение 1

к санитарно-эпидемиологическим
правилам и нормам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к условиям работы
и медицинского обеспечения
при проведении инфекционного
контроля за внутрибольничными
инфекциями в медицинских

Типовое положение о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций

1. Деятельность комиссии по инфекционному контролю должна проводиться в соответствии разработанной и утвержденной руководителем медицинской организации Программе внутрибольничного инфекционного контроля со стандартами инфекционного контроля.

2. Приказом руководителя медицинской организации должны утверждаться ответственные лица во всех подразделениях стационара за обеспечение инфекционного контроля.

3. Комиссия должна координировать взаимодействие специалистов, вовлеченных в работу комиссии инфекционного контроля; проводить подготовку специалистов инфекционного контроля, специалистов других профилей по вопросам ВБИ; периодическое проведение обучения персонала медицинской организации по вопросам инфекционного контроля силами и средствами, как самой больницы, так и с привлечением других образовательных институтов (высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов), учебно-методического центра инфекционного контроля).

4. Мероприятия по инфекционному контролю должны разрабатываться на основании результатов эпидемиологического анализа заболеваемости и постоянно корректироваться в соответствии с текущей ситуацией.

5. Заседания Комиссии должны проводиться по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц с заслушиванием итогов работы.

6. Решения комиссии должны иметь силу приказа по стационару и быть обязательными для исполнения всеми сотрудниками.

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

8. Специалистом по инфекционному контролю должен быть специалист, имеющий высшее медицинское образование, прошедшим специальную подготовку по инфекционному контролю и эпидемиологии.

9. Председатель комиссии должен выполнять (заместитель главного врача по лечебной работе) следующие задачи:

1) определять приоритетные задачи инфекционного контроля;

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

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

4) ставить проблемы перед руководством;

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

6) организовывать проведение научно-практической конференции;

7) проводить внедрение передового опыта и новых технологий других стран по инфекционному контролю;

8) проводить анализ деятельности комиссии и эффективность проводимых мероприятий.

10. Заместитель председателя комиссии (госпитальный эпидемиолог) должен проводить:

1) подготовку материалов на заседание, планирование;

2) подготовку медицинских кадров по инфекционному контролю;

3) разработку целевых программ, рекомендаций.

11. Секретарь комиссии (эпидемиолог) обеспечивает:

1) ведение делопроизводства

2) создание и пополнение банка данных

3) участие в подготовке материала

12. Клинические специалисты (хирург, педиатр, акушер-гинеколог и другие клиницисты) должны проводить:

1) оценку качества медицинской помощи;

2) разработку рекомендаций 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.

13. Экономист должен проводить расчет экономического ущерба при госпитальных инфекциях и анализ экономической эффективности проводимых программ инфекционного контроля.

14. Микробиолог должен проводить:

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.

15. Главная медицинская сестра должна проводить:

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.

16. Заведующий аптекой должен осуществлять:

1) оценку потребности в антимикробных препаратах и утилизацию их;

2) контроль качества и стерильности лекарственных средств;

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

Приложение 2

к санитарно-эпидемиологическим

правилам и нормам

"Санитарно-эпидемиологические

требования к условиям работы

и медицинского обеспечения

при проведении инфекционного

контроля за внутрибольничными

инфекциями в медицинских

организациях

Республики Казахстан"

Объем и виды микробиологических исследований

NN	В и д ы исследований	Объекты исследований	О б ъ е м исследований
1	Контроль текущей и заключительной дезинфекции	с объектов внешней среды (эпидемиологически значимых): оборудования, инвентаря и медицинского инструментария	выборочно, до 20 %; по показаниям
2	Бактериологическое исследование предметов окружающей среды	1) при подозрении на гнойно-воспалительные заболевания любой локализации; 2) при инвазивных процедурах: длительном лечении с использованием лечебно-диагностического оборудования, нахождение на искусственном вентилиции легких, применение наркозно-дыхательной аппаратуры (смывы с мест катетеризации, с дренажей и д р у г и е) ; 3) предметы ухода за больными (эпидемиологически значимых предметов).	до 100 %; по показаниям выше 70 %
3	Изучение стерильности	1) контроль параметров и эффективности стерилизационного оборудования; 2) контроль медицинских изделий, хирургического инструментария, мягкого и шовного материалов.	приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 мая 2005 года N 224 "О мерах по совершенствованию дезинфекционной деятельности в Республике Казахстан
4	Исследование воздуха	в операционном блоке, перевязочных, реанимации, палате интенсивной терапии, манипуляционных помещениях.	приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 мая 2005 года N 224 "О мерах по совершенствованию дезинфекционной деятельности

			ности в Республике Казахстан
5	Внутри лабораторный контроль	1) контроль качества питательных сред и стерильности; 2) контроль воздуха; 3) контроль стерильности лабораторной посуды; 4) смывы с объектов внешней среды; 5) контроль параметров и эффективности стерилизацион- ного оборудования.	еженедельно, отдельные - ежедневно

Сноска. Приложение 2 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.04.2008 N 253 (порядок введения в действие см. п. 5).