

Методические рекомендации

**Эпидемиологическая диагностика инфекционных болезней,
связанных с оказанием медицинской помощи, на основе
стандартных определений случая**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024 (каждые три года)**

ID:

URL:

Профессиональные сообщества:

- Ассоциация «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ)

Утверждены общим собранием членов НАСКИ в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней: эпидемиологические, организационные и гигиенические аспекты», 23-25 октября 2024 года, г. Москва (протокол №3 от 23.10.2024).

Согласованы Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Эпидемиология» (протокол №6 от 24.10.2024).

Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.2 Этиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.4 Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп и форм инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами	11
1.5 Действия медицинских работников при выявлении, диагностике, эпидемиологическом расследовании случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи.....	12
Список литературы	16
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру методических рекомендаций	20
Приложение А2.1 Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп и форм инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), вызываемых условно-патогенными микроорганизмами.....	22
<i>Примечание:</i>	22
Приложение А2.2 Карта эпидемиологического расследования возникновения случая инфекции (инфекционной болезни), связанной с оказанием медицинской помощи у пациента (рекомендуемый образец)	37
Приложение А2.3 Типовое положение о Комиссии по профилактике инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, медицинской организации.....	48
Приложение А4.4 Сведения о случаях инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинской организации за отчетный год (рекомендуемый образец).....	50
Приложение Б. Алгоритм действий медицинских работников при выявлении случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи.....	55

Список сокращений

ИАИ - имплантат-ассоциированная инфекция

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИМП - инфекция мочевыводящих путей

ИСМП - инфекция (инфекционная болезнь), связанная с оказанием медицинской помощи

ИОХВ - инфекция области хирургического вмешательства

КАИК - катетер-ассоциированная инфекция кровотока

ПАИ - перелом-ассоциированная инфекция

ППИ - перипротезная инфекция

ПВК- периферический венозный катетер

СОС – стандартное определение случая

ЦВК – центральный венозный катетер

Термины и определения

Инфекция (инфекционная болезнь), связанная с оказанием медицинской помощи, - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое возникает у пациента в результате его поступления в медицинскую организацию или обращения в нее за медицинской помощью либо работника медицинской организации вследствие его работы в такой организации вне зависимости от времени появления симптомов заболевания [1].

Стандартное определение случая инфекции – набор стандартных критериев для решения вопроса о наличии или отсутствии у данного индивидуума определенного заболевания/состояния [2].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Инфекция (инфекционная болезнь), связанная с оказанием медицинской помощи, - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое возникает у пациента в результате его поступления в медицинскую организацию или обращения в нее за медицинской помощью либо работника медицинской организации вследствие его работы в такой организации вне зависимости от времени появления симптомов заболевания [1]. В целях улучшения диагностики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), совершенствования и унификации эпидемиологического надзора инфекций в медицинских организациях целесообразно использовать стандартные определения случаев инфекции.

Стандартное определение случая инфекции (СОС) – набор стандартных критериев для решения вопроса о наличии или отсутствии у данного индивидуума определенного заболевания/состояния [2].

Эффективное осуществление эпидемиологического мониторинга и комплекса мероприятий по контролю любого заболевания во многом обеспечивается наличием точных критериев определения наличия этого заболевания у человека.

Степень разработки стандартов различна в случае разных инфекций и нозологических групп, что определяются многими факторами, в том числе вниманием к данной инфекции международных и национальных органов здравоохранения. Так, наиболее полно вопросы стандартизации прописаны в отношении инфекций, подлежащих ликвидации (полиомиелит, корь), инфекций, имеющих международное значение. Применительно к ИСМП, стандартизация носит фрагментарный характер и требует разработки, внедрения и применения в практике специалистов. Стандартизация определений случаев ИСМП является важнейшим компонентом совершенствования национальной системы нормативного правового и методического сопровождения мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности пациентов и медицинского персонала при оказании медицинской помощи [3, 4, 5].

Стандартное определение случая ИСМП является фундаментом, на котором основывается вся система эпидемиологического надзора, включая выявление и регистрацию случаев инфекций в медицинских организаций, эпидемиологическую диагностику, дифференциальную диагностику с другими состояниями [3, 4, 5, 13, 14].

Стандартные определения случаев ИСМП различных клинических (нозологических) форм необходимы как:

- показания для передачи врачу-эпидемиологу медицинской организации информации о подозрении о случае инфекции;
- показания для лабораторного исследования;
- критерии в листы наблюдения за пациентами групп риска (пациентами на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), с центральным венозным катетером (ЦВК) и другие;
- аргументация для обоснования выводов в карте расследования случая ИСМП.

В общем виде, стандартное определение случая ИСМП представляет собой комбинацию типичных клинических признаков заболевания; анамнестических данных; данных лабораторных и инструментальных исследований, свидетельствующих о наличии заболевания (с учетом их диагностической точности); эпидемиологических данных о связи заболевания с оказанием медицинской помощи, воздействием факторов лечебно-диагностического процесса, связи с возможным источником инфекции и/или фактором передачи инфекции, а также определенными временными границами возникновения инфекции. При этом в СОС, в соответствии с булевой логикой, выделяют самостоятельные критерии (перечислены через союз «или»), а также обязательность сочетания критериев (обозначено союзом «и»). Возможна совокупность признаков которая указывается с учетом числа требуемых критериев для соответствия СОС: «не менее двух из...», «три и более из...», «хотя бы одно из...» и др.

СОС должны регулярно пересматриваться и обновляться с учетом их информативности, корректности формулировок, появления новых возможностей диагностики.

1.2 Этиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К возбудителям ИСМП относится большое количество микроорганизмов, простейших, гельминтов, прионов, таксономический перечень которых практически неограничен и постоянно пополняется [4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Участвующие в эпидемическом процессе ИСМП возбудители существенно отличаются по основному экологическому резервуару. Инфекции вызывают как микроорганизмы группы антропонозов, так и зоонозов и сапронозов. Причинным фактором развития инфекционного процесса могут быть облигатные паразиты, а также факультативные паразиты и сапрофиты в паразитической фазе существования.

Возбудителями ИСМП являются как высоко патогенные возбудители, так и с низкой патогенностью (условно-патогенные микроорганизмы). При этом, если для развития инфекционного процесса, вызванного патогенными микроорганизмами, как правило, требуется невысокая доза (у каждого патогена – своя, хорошо изученная), то риск развития инфекционного гнойно-септического процесса, вызываемого условно-патогенными микроорганизмами, определяется не столько патогенностью возбудителя, сколько инфицирующей дозой, местом инокуляции, состоя-

нием иммунной системы пациента либо возможностью транслокации из содержащего микробиоту органа.

Степень эпидемической опасности возбудителей неодинакова. Одни из них чрезвычайно пластичны и способны быстро адаптироваться к условиям внешней среды медицинской организации, интенсивно распространяться в стационаре, колонизируя новые экологические ниши (пациентов, медицинский персонал, объекты внешней среды, включая медицинское оборудование) и вырабатывая резистентность к противомикробным препаратам, биологическим и химическим противомикробным средствам и физическим противомикробным факторам, другие микроорганизмы этими свойствами не обладают. Большинство ИСМП вызывается госпитальными штаммами (клонами) микроорганизмов, адаптированных к экологическим условиям конкретной внутрибольничной среды [4, 6].

Среди всего разнообразия видов и родов микроорганизмов, вызывающих ИСМП и способных формировать госпитальные штаммы (клоны), выделяют так называемую группу ESCAPE-патогенов как наиболее значимую, включающую *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Clostridium difficile*, *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, микроорганизмы порядка *Enterobacterales* (*E.coli*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp.*) [7, 11]. Эти же микроорганизмы входят в разработанный ВОЗ в 2024 году список устойчивых к антибиотикам бактерий, представляющих глобальный приоритет в плане необходимости разработки новых антимикробных препаратов [8, 9]. Большое значение в этиологии ИСМП имеют метициллинорезистентные стафилококки (MRSA, MRSE), ванкомицинрезистентные энтерококки (VRE), мультирезистентные микроорганизмы-продуценты β -лактамаз расширенного спектра (ESBLs) микроорганизмы порядка *Enterobacterales*, *Pseudomonas aeruginosa*, резистентные к карбапенемам, фторхинолонам и аминогликозидам, *Acinetobacter baumannii*. В перечень приоритетных патогенов ВОЗ в 2022 году включены в том числе грибы рода *Candida*, резистентные к азолам, полиенам и эхинокандинам, и *Aspergillus spp.*, резистентные к азолам [6, 8, 9, 10, 11, 12]. Пандемия новой коронавирусной инфекции способствовала росту распространенности антибиотирезистентности среди ведущих возбудителей ИСМП [10, 17]. Так, по данным мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам в ЕС/ЕЭЗ, доля *Acinetobacter baumannii* среди полирезистентных штаммов в 2021 году увеличилась более чем в 2 раза по сравнению с 2018-2019 годами, а распространённость устойчивости к 3 группам антибиотиков (карбапенемам, фторхинолонам и аминогликозидам) среди штаммов данного вида достигала 98,5% на отдельных территориях [10]. В этиологии ИСМП все большее значение приобретают грибы, и пандемия COVID-19 обострила проблему ИСМП грибковой этиологии [27]. Особенно актуальными являются инвазивные микозы среди пациентов ОРИТ, наиболее часто диагностируют инвазивный кандидоз, инвазивный аспергиллез, реже – другие микотические инфекции (мукомикоз, фузариоз и т.д.) [27].

При диагностике случая ИСМП важно определить возбудитель инфекции, его свойства, включая чувствительность к противомикробным лекарственным препаратам, химическим и биологическим антимикробным средствам [4, 5, 13, 14, 17, 19]. Это необходимо для назначения адекватной антимикробной терапии с учетом резистентности возбудителя инфекции, а также коррекции дезинфекционных мероприятий. Имеются специфические особенности эпидемических процессов инфекций разной этиологии, включая наиболее значимые источники возбудителя инфекции, более часто реализуемые пути и факторы передачи возбудителя инфекции, наиболее эффективные меры контроля. Этиологическая диагностика ИСМП лежит в основе целенаправленных лечебных и противоэпидемических мероприятий [5, 4, 13, 14, 19]

Показания к лабораторному обследованию пациентов основаны на клинических признаках инфекций, изложенных в стандартном определении случая клинической (нозологической) формы инфекции, а также эпидемиологических данных, и должны быть включены в алгоритм диагностики ИСМП, осуществляться в рамках эпидемиологического и микробиологического мониторингов ИСМП [13, 14].

При проведении эпидемиологического расследования случая ИСМП также необходимо использование молекулярно-генетических методов, позволяющих проводить точную диагностику инфекций, генотипирование выделенных возбудителей, выявлять источники инфекции, пути и факторы передачи ИСМП, госпитальные клоны и эпидемически значимые штаммы возбудителей.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В Глобальном докладе по профилактике и контролю инфекций ВОЗ отмечено, что из каждых 100 пациентов в больницах неотложной помощи 7 пациентов в странах с высоким уровнем дохода и 15 пациентов в странах с низким и средним уровнем дохода заражаются по крайней мере одной ИСМП во время пребывания в больнице [20]. До 30% пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии, могут быть поражены ИСМП, причем заболеваемость в 2-20 раз выше в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно среди новорожденных [20]. По представленным ВОЗ данным национальных и многоцентровых исследований, распространенность ИСМП среди госпитализированных пациентов варьирует от 3,5% до 12,48% [11]. Согласно сводным данным мета-анализа смешанных категорий пациентов о распространенности ИСМП этот показатель составлял 7,1 случаев на 100 пациентов (95% ДИ 6,5-7,8) [11].

По данным Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний, в 2016-2017 гг. число эпизодов ИСМП в год составило 8,9 миллионов (95% ДИ: 4,6–15,6 миллионов), включая 4,5 миллиона (95% ДИ: 2,6–7,6 миллионов) в медицинских организациях скорой помощи и 4,4 миллиона (95% ДИ: 2,0–8,0 миллионов) в медицинских организациях длительного пребывания [12].

В РФ по данным официальной статистики, отраженных в Государственных докладах «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в предпандемический десятилетний период ежегодно регистрировалось от 22963 до 27071 случаев ИСМП [18]. По данным экспертной оценки, ежегодно в РФ возникает 2 - 2,3 млн. случаев ИСМП [16]. В 2020 г. и 2021 г. отмечался в РФ рост случаев ИСМП в 5,1 раза (130803 случая ИСМП) и в 3,8 раз (97138 случаев ИСМП) соответственно, преимущественно, за счет внутрибольничного инфицирования COVID-19 пациентов и медицинского персонала [18]. По данным Глобального доклада ВОЗ по профилактике и контролю инфекций, передача SARS-CoV-2 в медицинских учреждениях была серьезной проблемой на протяжении всей пандемии COVID-19, особенно во время первых волн в 2020 году [20]. Согласно различным исследованиям, среди госпитализированных пациентов с подтвержденным COVID-19 до 41% были инфицированы в медицинских учреждениях [20, 21]. Распространенность COVID-19 среди работников здравоохранения варьировала от 0,3% до 43,3% [20, 22].

Потенциальными источниками возбудителя ИСМП могут быть пациенты, внешняя среда медицинской организации, медицинский персонал, лица, привлекаемые к уходу за больными и посетители, навещающие больных [2, 4, 5, 11, 13, 19]. Однако степень их эпидемиологической опасности неравнозначна. Основными источниками возбудителя инфекции являются больные и внешняя среда медицинской организации, однако роль различных категорий источников возбудителя инфекции во многом определяется нозологической формой ИСМП, ее этиологией и конкретной эпидемиологической обстановкой.

Источниками возбудителя ИСМП могут быть пациенты, имеющие клинически выраженную инфекцию, а также носители патогенных микроорганизмов-возбудителей инфекции или пациенты, колонизированные условно-патогенными микроорганизмами. При этом пациенты как источники возбудителя инфекции, могут представлять угрозу для других пациентов и медицинского персонала, или для самих себя (эндогенные инфекции). Степень эпидемической опасности больного ИСМП, вызванной условно-патогенным микроорганизмом, зависит от вида возбудителя, его устойчивости во внешней среде и резистентности к противомикробным лекарственным препаратам и средствам.

Учитывая, что значительное число возбудителей инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, относится к сапрофитам и факультативным паразитам, а развивающиеся ИСМП при этом являются сапронозами, внешнюю среду медицинской организации (включая медицинское оборудование, санитарно-техническое оборудование, предметы мебели и другие объекты внешней среды) следует относить к значимой категории источников возбудителя инфекции [4].

Реализация эпидемического процесса инфекций в медицинских организациях может происходить как с помощью эволюционно сложившихся естественных механизмов и путей передачи, так и искусственно созданными путями, обусловленными лечебно-диагностическим процессом и отсутствующими в естественных условиях в природе. ИСМП, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами, могут быть связаны как с экзогенным заражением, так и эндогенным инфицированием [4, 19]. Кроме того, возможно сочетание естественных и искусственных путей передачи инфекции, а также экзогенного и эндогенного инфицирования. В случае экзогенного и эндогенного инфицирования очень важно выделить инфицирование, связанное с госпитальным штаммом. Соотношение экзогенного и эндогенного инфицирования во многом зависит от степени асептичности медицинских технологий.

Естественные механизмы передачи при ИСМП, вызываемых патогенными микроорганизмами, подразделяются на горизонтальные (аэрозольный, фекально-оральный, трансмиссивный и контактный) и вертикальный. В современных условиях исключительно важное значение имеет искусственный (от лат. *artificiale* – искусственный), искусственно созданный путь/механизм передачи, в том числе связанный с лечебно-диагностическим процессом. Искусственные пути передачи классифицируются так же, как и естественные, по конечному фактору передачи. Строгой классификации в настоящее время не существует. Выделяют парентеральный путь передачи возбудителей инфекции, имеющий множество вариантов (разновидностей) - инъекционный, ингаляционный, трансфузионный, операционный пути передачи возбудителя инфекции, кроме того - инструментальный, аппаратный, имплантационный пути, а также выделяют пути, ассоциированные с инвазивными лечебными (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, интубация, лаваж с эндотрахеальным введением препаратов, иглоукалывание, трансплантация органов и тканей, внутренняя лазеротерапия, стоматологические манипуляции, искусственное оплодотворение и др.) и диагностическими (взятие крови, зондирование, скопии, мануальные обследования, пункции, зондирование и др.) процедурами.

Эпидемический процесс ИСМП, подчиняясь общим законам, имеет специфические черты, которые определяются: искусственно созданными путями передачи инфекции, существование которых обусловлено лечебно-диагностическим процессом; развитием в условиях специфической экологической системы; непрерывностью течения; полиэтиологичностью; способностью возбудителей, обусловивших развитие инфекции, к сапрофитическому типу питания и переходу от сапрофитического к паразитическому способу существования, фазовой изменчивостью микробных популяций; развитием среди популяции ослабленных основным заболеванием людей; полиморфностью клинических проявлений; постоянным селективным давлением противомикробных лекарственных препаратов и средств; спецификой лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях различного профиля [2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 19].

1.4 Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп и форм инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами

СОС для целей эпидемиологического надзора основаны на эпидемиологической классификации ИСМП, учитывают коды МКБ-10 и соотносятся с клинической классификацией [4, 13, 14]. Основополагающими и законодательно закреплёнными являются стандартное определение случая ИСМП пациента и стандартное определение случая ИСМП работника медицинской организации, в которых учтены общие принципиальные эпидемиологические, клинические, анамнестические и лабораторные критерии [15].

Инфекционное заболевание пациента является ИСМП в случае соответствия следующим критериям:

- 1) является клинически распознаваемым, в том числе с учетом результатов лабораторных исследований;
- 2) возникло у пациента в результате его поступления в медицинскую организацию или обращения за оказанием медицинской помощи вне зависимости от времени появления симптомов заболевания¹;
- 3) связано с оказанием медицинской помощи;
- 4) отсутствовало у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию, в том числе в инкубационном периоде заболевания, кроме случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с предшествующей госпитализацией или предшествующим обращением за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию;

¹ Под фразой «вне зависимости от времени появления симптомов заболевания» подразумевается, что ИСМП может быть диагностировано вне зависимости от того, находится ли пациент в момент клинического проявления заболевания в медицинской организации или уже нет, например, инфекция возникла после выписки из стационара. Для отдельных нозологических форм и групп инфекций, вызываемых патогенными микроорганизмами, при диагностике ИСМП применяется минимальный и максимальный инкубационный период данной инфекции. Для инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, минимальным инкубационным периодом принято считать 48 часов (на третий день после госпитализации или обращения за оказанием медицинской помощи, день госпитализации или обращения за оказанием медицинской помощи считается первым днем). При диагностике гнойно-септических инфекций новорождённых минимальным инкубационным периодом принято считать 72 часа. Инкубационные периоды для отдельных клинических (нозологических) групп и форм ИСМП, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, указаны в Приложении А.2.1

- 5) не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи;
- 6) не является обострением хронического инфекционного заболевания, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи [15].

Инфекционное заболевание работника медицинской организации является ИСМП в случае соответствия следующим критериям:

- 1) является клинически распознаваемым, в том числе с учетом результатов лабораторных исследований;
- 2) возникло у работника медицинской организации при выполнении трудовых обязанностей в результате профессиональной деятельности;
- 3) связано с оказанием медицинской помощи;
- 4) не выявлено у работника при поступлении на работу в данную медицинскую организацию, в том числе в инкубационном периоде заболевания;
- 5) не является обострением хронического инфекционного заболевания, имевшегося у работника до начала работы [15].

Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп ИСМП, вызываемых патогенными микроорганизмами, используемые для целей эпидемиологического надзора, изложены в соответствующих нормативных документах [19]. Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп ИСМП, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами и предназначенных для целей эпидемиологического надзора, указаны в Приложении А 2.1. В данные методические рекомендации не включены инфекции новорождённых и инфекции родильниц, связанные с родами, требующие отдельного рассмотрения в силу специфических условий возникновения и распространения и подходов к диагностике.

Клинические (нозологические) группы ИСМП представлены в соответствии с номенклатурой инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации [15]. Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп и форм ИСМП, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, разработаны на основе последних версий применяемых в настоящее время стандартных определений случаев ИСМП, разработанных профессиональными сообществами, а также используемых при исследовании точечной превалентности ИСМП и применения противомикробных препаратов в европейских больницах скорой помощи [13, 14, 23, 24, 25].

Для диагностики ИСМП грибковой этиологии следует учитывать следующие симптомы и результаты исследования:

- 1) при диагностике поверхностных и глубоких инфекций области хирургического вмешательства грибковой этиологии, кроме обычных признаков локального воспаления в области хи-

рургического вмешательства - боль, гиперемия, отек с гипертермией – выявляется также и/или язвенно-некротические изменения и/или струп;

- 2) для диагностики грибковых ИОХВ требуется выявление возбудителя культуральным и/или микроскопическим и/или молекулярно-биологическим и/или гистологическим методом;
- 3) для диагностики пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, грибковой этиологии учитывать наличие одного из следующих КТ признаков грибковой пневмонии:
 - плотные, четко очерченные поражения с признаком ореола или без него,
 - симптом воздушного полумесяца,
 - полость,
 - клиновидная и сегментарная или долевая консолидация, - симптом обратного ореола.
- 4) для диагностики пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, микробиологически подтвержденной, вызванной грибами:
 - обнаружение грибковых антигенов в бронхоальвеолярном лаваже (БАЛ), трахеобронхиальном аспирате (ТБА), небронхоскопическом лаваже (НБЛ) (тест на галактоманнан с индексом оптической плотности $\geq 1,0$),
 - выявление элементов мицелиальных грибов при микроскопическом исследовании респираторных биосубстратов,
 - выделение мицелиальных грибов культуральным методом из одного и более образцов БАЛ вне зависимости от КОЕ,
 - выявление элементов грибов при гистологическом исследовании ткани лёгкого, трахеи,
 - выявление мицелиальных грибов молекулярно-генетическим методом (двух и более положительных тестов) из БАЛ;
- 4) при диагностике лабораторно подтвержденной инфекции кровотока учитывать, что к патогенным микроорганизмам относятся: дрожжеподобные (*Candida* spp., *Trichosporon* spp., *Cryptococcus* spp., *Rhodotorula* spp. и др.) мицелиальные (*Fusarium* spp.) грибы. При выделении других видов мицелиальных грибов (*Scedosporium* spp., *Acremonium* spp., *Aspergillus* spp. и др.) необходимо два положительных посева из двух отдельно взятых посевов в течение 48 часов.
- 5) при диагностике микробиологически подтвержденной инфекции кровотока, связанной с ЦВК/ микробиологически подтвержденной инфекцией кровотока, связанной с ПВК В отношении грибковых ИСМП необходимо: - выделение культуры грибов из крови и ЦВК/ПВК или отделяемого из раны входного отверстия катетера культуральным методом вне зависимости от КОЕ;

- 6) при диагностике микробиологически подтвержденной симптоматической ИМП в отношении грибковых ИСМП необходимо выявление возбудителя культуральным методом (вне зависимости от КОЕ) при отсутствии других возбудителей.
- 7) при диагностике катетер-ассоциированной ИМП в отношении грибковых ИСМП требуется выявление возбудителя культуральным методом при условии выделения одного и того же штамма микромицета из мочи и биопленки мочевого катетера и отсутствии других возбудителей.

1.5 Действия медицинских работников при выявлении, диагностике, эпидемиологическом расследовании случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи

При выявлении медицинским работником у пациента отдельных признаков, соответствующих стандартным определениям случаев инфекции (инфекционной болезни), связанной с оказанием медицинской помощи, информация о подозрении на случай ИСМП незамедлительно подается медицинским работником структурного подразделения медицинской организации врачу-эпидемиологу, в эпидемиологический отдел, лицу, уполномоченному руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации в той форме, которая утверждена в медицинской организации [15].

На основании информации о подозрении на случай ИСМП проводится эпидемиологическое расследование предполагаемого случая ИСМП, которое осуществляется врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом медицинской организации, лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации [15].

Эпидемиологическое расследование каждого предполагаемого случая ИСМП проводится с определением причин и условий возникновения случая ИСМП, характера и объема противоэпидемических мероприятий, постановкой эпидемиологического диагноза. В процессе и по окончании эпидемиологического расследования заполняется «Карта эпидемиологического расследования возникновения случая инфекции (инфекционной болезни), связанной с оказанием медицинской помощи» (Приложение А2.2).

Отнесение случая инфекции пациента к ИСМП проводится на основе совокупности клинико-anamnestических, лабораторных, инструментальных и эпидемиологических данных, по результатам эпидемиологического расследования с учетом критериев СОС ИСМП пациента и СОС конкретной клинической (нозологической) формы ИСМП [13, 15, 19].

Аналогичным образом осуществляется диагностика ИСМП работника медицинской организации на основе СОС ИСМП работника медицинской организации и СОС конкретной клинической (нозологической) формы ИСМП.

Координацию работы по учету и регистрации ИСМП в соответствии со стандартными определениями случаев ИСМП внутри медицинской организации проводит Комиссия по профилактике ИСМП [15, 19]. Типовое положение об организации, составе, функциях комиссии изложено в Приложение А2.3.

О случае ИСМП передается экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор [15, 19].

Информация о выявленных случаях ИСМП учитывается и анализируется в рамках мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Комиссией (Службой) по внутреннему контролю и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности, в соответствии с требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [26].

Анализ заболеваемости ИСМП с корректным расчетом соответствующих статистических показателей происходит на основе сведений об абсолютном числе случаев ИСМП различных клинических (нозологических) форм ИСМП и с использованием информации о количестве проведенных операций и других манипуляций, особенностях лечебно-диагностического процесса представляющих собой факторы риска возникновения ИСМП за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП. Для унификации представления информации о числе случаев инфекций и о количественных характеристиках лечебно-диагностического процесса в медицинской организации предлагается собирать сведения по типовой форме, представленной в Приложении А 2.4.

Анализ заболеваемости ИСМП в медицинской организации осуществляется врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом медицинской организации, лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации, Комиссией на основе результатов эпидемиологического мониторинга, микробиологического мониторинга, мониторинга проведения инвазивных процедур, оценки факторов риска возникновения и распространения ИСМП в медицинской организации.

Руководителем медицинской организации в целях выявления и регистрации случаев ИСМП в медицинской организации устанавливается перечень состояний и нозологических форм заболеваний ИСМП, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации, на основе номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации с учетом вида медицинской организации, профиля, условий и форм оказания медицинской помощи [15].

Руководителем медицинской организации утверждаются стандартные операционные процедуры по выявлению и регистрации случаев ИСМП, в том числе алгоритмы действий медицинских

работников при выявлении случаев ИСМП, порядок передачи информации о выявлении и регистрации случаев ИСМП в медицинской организации и порядок представления руководителю медицинской организации информации об анализе заболеваемости ИСМП [15].

Список литературы

1. Федеральный закон от 30 декабря 2020 г. № 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации».
2. Эпидемиологическое наблюдение за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. Федеральные клинические рекомендации / Асланов Б.И., Зуева Л.П., Любимова А.В., Колосовская Е.Н., Долгий А.А., Осьмирко Т.В. – М., 2014. – 58 с.
3. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06 ноября 2011)
4. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и информационный материал по ее положениям / Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ковалишена О.В., Стасенко В.Л., Тутельян А.В., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. - Нижний Новгород, Из-во: ООО «Ремедиум. Приволжье», 2012 – 84 с.
5. World Health Organization (WHO). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: WHO; 2016. Available from: <http://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/>
6. Госпитальный штамм - непознанная реальность / Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ковалишена О.В., Ряпис Л.А., Стасенко В.Л., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. № 1 (68). С. 30-35.
7. Peterson L. R. Bad bugs, no drugs: no ESCAPE revisited // Clin. Infect. Dis. 2009; Vol. 49:992–993.
8. WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376776/9789240093461-eng.pdf?sequence=1>)
9. Tacconelli E, Carrara E, Savoldi A, Harbarth S, Mendelson M, Monnet DL, Pulcini C, Kahlmeter G, Kluytmans J, Carmeli Y, Ouellette M, Outtersson K, Patel J, Cavalieri M, Cox EM, Houchens CR, Grayson ML, Hansen P, Singh N, Theuretzbacher U, Magrini N; WHO Pathogens Priority List Working Group. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority

- list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2018 Mar;18(3):318-327. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30753-3. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29276051.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2021. Stockholm: ECDC; 2022.
 11. WHO. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature - World Health Organization, 2011. – 40 p.
 12. Suetens Carl, Latour Katrien, Kärki Tommi, Ricchizzi Enrico, Kinross Pete, Moro Maria Luisa, Jans Béatrice, Hopkins Susan, Hansen Sonja, Lyytikäinen Outi, Reilly Jacqui, Deptula Aleksander, Zingg Walter, Plachouras Diamantis, Monnet Dominique L, the Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018;23(46):pii=1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
 13. Организация и проведение эпидемиологического наблюдения и микробиологического мониторинга в учреждениях родовспоможения. Федеральные клинические рекомендации / Н.И. Брико, И.В. Фельдблюм, Л.П. Зуева, Е.Б. Брусина, Ю.А. Захарова, А.В. Любимова, О.В. Ковалишена, В.Л. Стасенко. – М., 2015. – 83 с.
 14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Protocol version 5.3. Stockholm: ECDC; 2016. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/PPS-HAI-antimicrobial-use-EU-acute-care-hospitals-V5-3.pdf>
 15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2021 № 1108н "Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации" (Зарегистрирован 30.12.2021 № 66772).
 16. Распространённость и клиническое значение нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях России: исследование ЭРГИНИ / Яковлев С.В., Суворова М.П., Белобородов В.Б. и др. // Антибиотики и химиотерапия. – 2016. – Т. 61. – С. 5-6.
 17. Диагностика и антимикробная терапия инфекций, вызванных полирезистентными штаммами микроорганизмов. Методические рекомендации /В.Б. Белобородов, О.В. Голощاپов, В.Г. Гусаров, А.В. Дехнич, М.Н. Замятин, Н.А. Зубарева, С.К. Зырянов, Д.А. Камышова, Н.Н. Климко, Р.С. Козлов, В.В. Кулабухов, М.А. Петрушин, Ю.С. Полушин, Д.А. Попов,

- В.А. Руднов, С.В. Сидоренко, Д.В. Соколов, И.В. Шлык, М.В. Эйдельштейн, С.В. Яковлев.
– 2022 - 48 с. <https://www.antibiotic.ru/files/334/mr-abt.pdf>
18. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022. 340 с. <https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/594/sqywwl4tg5arqff6xvl5dss0l7vvuank/Gosudartvennyy-doklad.-O-sostoyanii-sanitarno-epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-v-Rossiyskoy-Federatsii-v-2021-godu.pdf>
19. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (Зарегистрирован 15.02.2021 № 62500)
20. Global report on infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2022. L <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
21. Abbas M, Zhu NJ, Mookerjee S, Bolt F, Otter JA, Holmes AH et al. Hospital-onset COVID-19 infection surveillance systems: a systematic review. J Hosp Infect. 2021;115:44–50.
22. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers: a living rapid review. Ann Intern Med. 2020 Jul 21;173(2):120-136. doi: 10.7326/M20-1632. Epub 2020 May 5. Update in: Ann Intern Med. 2022 Jan;175(1):W8-W9. PMID: 32369541; PMCID: PMC7240841.
23. Нозокомиальная пневмония у взрослых: Российские национальные рекомендации / Под ред. акад. РАН Б.Р. Гельфанда; отв. ред. к.м.н., доцент Д.Н. Проценко, к.м.н., доцент Б.З. Белоцерковский. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 176 с.
24. Эпидемиология и профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером. Методические рекомендации / Брико Н.И., Биккулова Д.Ш., Брусина Е.Б., Ершова О.Н., Животнева И.В., Заболотский Д.В., Иванова О.А., Ынина Д.В., Ковалишена О.В., Кузьков В.В., Кулабухов В.В., Пивкина А.И., Пименова О.В., Сацук А.В., Солопова Г.Г., Суранова Т.Г., Щукин В.В. — 2022. — 51 с. <http://nasci.ru/?id=102732&download=1>
25. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства. Методические рекомендации / Брико Н.И., Божкова С.А., Брусина Е.Б., Жедаева М.В., Зубарева Н.А., Зуева Л.П., Иванова Е.Б., Казачек Я.В., Квашнина Д.В., Ковалишена О.В., Кузьменко С.А., Павлов В.В., Пасечник И.Н., Попов Д.А., Цигельник А.М., Цой Е.Р., Шмакова М.А., Шубняков И.И., Яковлев С.В. — 2023. — 74 с. <http://nasci.ru/?id=102733&download=1>

26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. №785н «Об утверждении Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
27. Инвазивные микозы в отделениях реанимации и интенсивной терапии (анализ данных регистров и обзор литературы) / Хостелиди С.Н., Козлова О.П., Шадривова О.В., Шагдилеева Е.В., Борзова Ю.В., Смирнов С.А., Сатурнов А.В., Успенская О.С., Рысев А.В., Пичугина Г.А., Гусев Д.А., Завражнов А.А., Колбин А.С., Русякова И.А., Рубинчик В. Е., Соболев М.М., Танилова Л.И., Журавель С.В., Авдеев Ю.Л., Шурпицкая О.А, Гордеева С.А., Богомолова Т.С, Оганесян Э.Г., Игнатъева С.М., Тараскина Е.А., Васильева Н.В. // Проблемы медицинской микологии. 2024; 26 (1): 3-21. DOI:10.24412/1999-6780-2024-1-3-21

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру методических рекомендаций

1. Брико Н.И., д.м.н., профессор, академик РАН, Председатель Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), конфликт интересов отсутствует.
2. Брусина Е.Б., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, член Правления Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), заведующий кафедрой эпидемиологии, инфекционных болезней и дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист-эпидемиолог Минздрава России в Сибирском федеральном округе, конфликт интересов отсутствует.
3. Квашнина Д.В., к.м.н., член Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), старший преподаватель кафедры эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
4. Ковалишена О.В., д.м.н., профессор, заместитель Председателя Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), Проректор по региональному взаимодействию, заведующий кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист-эпидемиолог Минздрава России в Приволжском федеральном округе, конфликт интересов отсутствует.
5. Полибин Р.В., к.м.н., доцент, исполнительный директор Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), заместитель директора по научной работе Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), главный внештатный специалист-эпидемиолог Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
6. Припутневич Т.В., д.м.н., доцент, член-корреспондент РАН, директор Института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, руководитель Центра подготовки медицинских микробиологов ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, профессор кафедры микробиологии и вирусологии Педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный вне-

штатный специалист по медицинской микробиологии Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.

7. Стасенко В.Л., д.м.н., профессор, член Правления Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), заведующий кафедрой эпидемиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист - эпидемиолог Министерства здравоохранения Омской области, конфликт интересов отсутствует.
8. Фельдблюм И.В., д.м.н., профессор, член Правления Ассоциации «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекционных и неинфекционных болезней» (НАСКИ), заведующий кафедрой эпидемиологии и гигиены ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Е.А. Вагнера» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
9. Чубаров Валерий Викторович, заведующий отделением-врач-эпидемиолог отделения эпидемиологического надзора Института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
10. Асланов Батырбек Исмелович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой: эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
11. Любимова Анна Викторовна - д.м.н., профессор, профессор кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует.
12. Борзова Юлия Владимировна, к.м.н., заведующая микологической клиникой, доцент кафедры медицинской микробиологии ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует
13. Васильева Наталья Всеволодовна, д.б.н., профессор, директор НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина и заведующий кафедрой клинической микологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, конфликт интересов отсутствует

Приложение А2.1 Стандартные определения случаев основных клинических (нозологических) групп и форм инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), вызываемых условно-патогенными микроорганизмами

Клиническая (нозологическая) группа ИСМП, вызываемая условно-патогенными микроорганизмами	Подгруппы клинической (нозологической) группы ИСМП	Клиническая (нозологическая) форма ИСМП	Стандартное определение случая (СОС) клинической (нозологической) формы ИСМП, вызываемой условно-патогенными микроорганизмами
Инфекции области хирургического вмешательства			<p>Инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ) – инфекция хирургического разреза, органа или полости, возникающая в течение первых 30 дней послеоперационного периода (при наличии имплантата – год и более*). Все инфекции области хирургического вмешательства делятся на</p> <ul style="list-style-type: none"> - инфекции хирургической раны - и инфекции органа (полости). <p>Инфекции хирургической раны делятся на</p> <ul style="list-style-type: none"> - поверхностные (вовлекается только кожа и подкожная клетчатка) - глубокие (вовлекаются мышцы и фасции). <p><i>Примечание:</i> *Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.3419. В ряде зарубежных клинических рекомендаций принято положение, что ИОХВ имеют максимальный инкубационный период при наличии импланта в месте операции – до года [14] или до 90 дней [14].</p>
		Поверхностная инфекция области хирургического вмешательства	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеет связь с хирургическим вмешательством; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи; - включает только кожу и подкожную клетчатку; - срок развития инфекции не превышает 30 дней после любого оперативного вмешательства (первым днем считается день хирургического вмешательства). <p>2. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих обстоятельств:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гнойное отделяемое из раны;

			<ul style="list-style-type: none"> - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из поверхностного разреза или подкожной клетчатки культуральным или другим методом; - по крайней мере, один из следующих признаков или симптомов инфекции в области разреза: боль или болезненность, отек, краснота, гипертермия И хирург намеренно открывает рану, за исключением тех случаев, когда посев отделяемого раны дает отрицательный результат; - хирург или лечащий врач поставил диагноз поверхностной инфекции области хирургического вмешательства.
		<p>Глубокая инфекция области хирургического вмешательства</p>	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеет связь с хирургическим вмешательством; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи; - вовлекает в гнойный процесс глубокие мягкие ткани (фасциальный и мышечный слой)*; - срок развития инфекции не превышает 30 дней после любого оперативного вмешательства (первым днем считается день хирургического вмешательства), а при наличии имплантата – год и более**. <p>2. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гнойное отделяемое из глубины разреза, но не из органа (полости) в месте данного хирургического вмешательства; - спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются по крайней мере один из следующих признаков: лихорадка (> 38°C), локализованная боль или болезненность, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результаты; - при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или лучевом методе исследования обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области хирургического разреза; - хирург или лечащий врач поставил диагноз глубокой инфекции области хирургического вмешательства. <p>Примечания: *Инфекция, вовлекающая как поверхностные, так и глу-</p>

			<p><i>бокие слои, относится к глубокой ИОХВ.</i></p> <p><i>**Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.3419</i></p>
		Инфекция области хирургического вмешательства органа или полости	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеет связь с хирургическим вмешательством; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи; - срок развития инфекции не превышает 30 дней после любого оперативного вмешательства (первым днем считается день хирургического вмешательства), а при наличии имплантата – год и более*; - вовлекает в гнойный процесс органы (полости), которые были открыты или затронуты во время операции, исключая кожу, подкожную клетчатку и глубокие мягкие ткани (фасциальный и мышечный слои). <p>2. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе (полости); - свищевой ход, связанный с имплантом; гнойное отделяемое в области установки импланта; - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа (полости) любым методом; - при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или лучевом методе исследования обнаружение абсцесса или иных признаков инфекции, вовлекающей орган или полость; - хирург или лечащий врач поставил диагноз глубокой инфекции области хирургического вмешательства. <p>Примечание:</p> <p><i>*Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.3419</i></p>
	Имплантат-ассоциированная инфекция	<p>Перипротезная инфекция</p> <p>Перелом-ассоциированная инфекция</p>	<p>Развитие любой имплант-ассоциированной инфекции (ИАИ) является частным случаем ИОХВ.</p> <p>Имплантат-ассоциированная инфекция включает перипротезную инфекцию (ППИ) и перелом-ассоциированную инфекцию (ПАИ).</p> <p>Перипротезная инфекция (ППИ) – острая или хроническая инфекция области хирургиче-</p>

			<p>ского вмешательства, развившаяся после имплантации эндопротеза, представляет собой частный случай имплантат-ассоциированной инфекции.*</p> <p>Перелом-ассоциированная инфекция (ПАИ) – острый или хронический инфекционный процесс в области перелома костей, элементов остеосинтезирующего устройства (пластина, стержень, аппарат внешней фиксации и т.д.) и окружающих тканей. **</p> <p>Примечание: *Синонимы: инфекция протезированного сустава, глубокая инфекция области хирургического вмешательства после эндопротезирования сустава. ** Синонимы: Остеосинтез-ассоциированная инфекция, инфицированный псевдоартроз, периимплантная инфекция, послеоперационный остеомиелит, посттравматический остеомиелит, инфекция области хирургического вмешательства после остеосинтеза.</p> <p>Имплант-ассоциированная инфекция:</p> <p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеет связь с хирургическим вмешательством; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи; - срок развития инфекции при наличии имплантата – год и более*; в случае срока развития инфекции до 90 дней инфицирование считается послеоперационным, более 90 дней – гематогенным; - вовлекает в гнойный процесс периимплантные ткани, с вовлечением костной ткани, фасциального и мышечного слоев, подкожной клетчатки, редко кожи. <p>2. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - свищевой ход, идущий в полость сустава; - гнойное отделяемое из дренажа, установленного в полость протезированного сустава; - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из области протезированного сустава любым методом; - дополнительно для перипротезной инфекции (ППИ) - количество лейкоцитов > 3000/мкл и/или доля нейтрофильных гранулоцитов > 70% в суставном аспирате при цитологическом исследовании.
--	--	--	---

			<p style="text-align: center;">И</p> <p>3. При непосредственном осмотре, во время повторной операции, при микробиологическом, гистопатологическом или рентгенологическом исследовании (фистулографии) обнаружение признаков инфекции, вовлекающей область протезированного сустава или вовлекающей область перелома и/или остеосинтеза.</p> <p><i>Примечание:</i> * Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.3419</p>
Инфекции органов дыхания	Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи		<p>Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи - пневмония, развившаяся через 48 ч и более после поступления в медицинскую организацию или обращения за оказанием медицинской помощи, в т.ч. госпитализации в стационар (внутрибольничная пневмония).</p> <p>Для целей эпидемиологического мониторинга пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, подразделяются на</p> <ul style="list-style-type: none"> • пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, без микробиологического подтверждения; • пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, микробиологически подтвержденные. <p>Также выделяют пневмонии, связанные с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ-связанные пневмонии), которые также могут быть микробиологически подтвержденные или без микробиологического подтверждения.</p>
		Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, без микробиологического подтверждения	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развилась через 48 часов и более после поступления в медицинскую организацию или обращения за оказанием медицинской помощи; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи. <p style="text-align: center;">И</p> <p>2. Наличие признаков пневмонии при рентгенологическом исследовании или КТ-сканировании грудной клетки*, **</p> <p style="text-align: center;">И</p>

			<p>3. Не менее одного из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лихорадка > 38,0°C без других причин; - лейкопения (< 4 000 лейкоцитов/мм³) или лейкоцитоз (≥ 12 000 лейкоцитов/мм³). <p style="text-align: center;">И</p> <p>4. Не менее двух из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вновь появившаяся гнойная мокрота или изменение характера мокроты (цвет, запах, количество, консистенция); - кашель, диспноэ или тахипноэ; - подозрение при аускультации (хрипы, крепитация или звуки бронхиального дыхания); - ухудшение газообмена (например, O₂-десатурация или увеличение потребности в кислороде или увеличение потребности в вентилиации). <p>Примечания: * Инфильтрат, консолидация, кавитация ** У пациентов с сопутствующими заболеваниями сердца или легких (респираторный дистресс-синдром, бронхо-легочная дисплазия, отек легких, хроническая обструктивная болезнь легких и др.) может потребоваться дополнительное рентгенологическое исследование или КТ-сканирование легких</p>
		Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, микробиологически подтвержденная	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развилась через 48 часов и более после поступления в медицинскую организацию или обращения за оказанием медицинской помощи; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи. <p style="text-align: center;">И</p> <p>2. Наличие признаков пневмонии при рентгенологическом исследовании или КТ-сканировании грудной клетки*, **</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>3. Как минимум один из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лихорадка > 38,0°C без других причин; - лейкопения (< 4 000 лейкоцитов/мм³) или лейкоцитоз (≥ 12 000 лейкоцитов/мм³). <p style="text-align: center;">И</p>

		<p>4. Один из следующих симптомов (или не менее двух, если имеется высеv культуры из мокроты или положительный неколичественный посев материала из нижних отделов дыхательных путей):</p> <ul style="list-style-type: none"> - вновь появившаяся гнойная мокрота, или изменение характера мокроты (цвет, запах, количество, консистенция); - кашель, диспноэ или тахипноэ; - подозрение при аускультации (хрипы, крепитация или звуки бронхиального дыхания); - ухудшение газообмена (например, O₂-десатурация или увеличение потребности в кислороде, или увеличение потребности в вентиляции). <p style="text-align: center;">И</p> <p>5. Как минимум один из следующих результатов микробиологических исследований:</p> <ul style="list-style-type: none"> - положительный количественный высеv из минимально контаминированных образцов нижних дыхательных путей с пороговой величиной: <ul style="list-style-type: none"> ▪ при бронхо-альвеолярном лаваже (БАЛ) > 10⁴ КОЕ/мл или при прямом микроскопическом исследовании ≥ 5% клеток, содержащих бактерии, расположенные внутриклеточно; ▪ защищенной щеткой > 10³ КОЕ/мл; ▪ дистальной защищенной аспирацией > 10³ КОЕ/мл. - положительный количественный высеv из возможно контаминированного образца с пороговой величиной: <ul style="list-style-type: none"> ▪ из образца нижних дыхательных путей (например, эндотрахеальный аспират) 10⁶ КОЕ/мл. - положительный высеv из крови, не связанный с инфекцией другой локализации; - положительный высеv из аспирата при пункции легочного абсцесса; - положительный результат исследования на присутствие респираторных вирусов (гриппа, РС-вирус, аденовирусы, коронавирусы, бокавирусы, метапневмовирусы и др.) или микроорганизмов (например, Legionella spp. и другие):
--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • обнаружение вирусных антигенов или антител в респираторном секрете (молекулярно-биологическими, иммунохроматографическими методами); • сероконверсия (например, вирус гриппа, <i>Legionella spp.</i>, <i>Mycoplasma spp.</i>); • обнаружение антигенов в моче (<i>Legionella spp.</i>, <i>S. pneumoniae</i>). <p>- положительный высев из мокроты***</p> <p>Примечания: * Инфильтрат, консолидация, кавитация ** У пациентов с сопутствующими заболеваниями сердца или легких (респираторный дистресс-синдром, бронхо-легочная дисплазия, отек легких, хроническая обструктивная болезнь легких и др.) может потребоваться дополнительное рентгенологическое исследование или КТ-сканирование легких *** Данный критерий используется только в целях эпидемиологической диагностики.</p>
		Пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких	1. Пневмония определяется как связанная с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ)*, если пневмония развилась не ранее, чем через 48 ч от момента начала проведения ИВЛ, при отсутствии признаков легочной инфекции на момент начала ИВЛ.** И 2. Должна соответствовать критериям пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, без микробиологического подтверждения. ИЛИ 3. Должна соответствовать критериям пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, микробиологически подтвержденной. <p>Примечания: * К ИВЛ относится респираторная поддержка, осуществляемая через трахеостому или эндотрахеальную интубацию. ** Если ИВЛ была начата в день появления симптомов пневмонии без дополнительной информации о последовательности событий, пневмония не рассматривается как связанная с ИВЛ.</p>
Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией, в	Инфекция кровотока		Инфекция кровотока (ИК) – инфекция любой этиологии, при которой имеется положительный высев* из крови признанного патогена или двукратный высев из крови микроорганизмов нормальной микрофлоры кожи при наличии клинических признаков и симптомов

<p>том числе катетер-ассоциированные инфекции кровотока *</p>			<p>инфекции кровотока.</p> <p><i>*Или обнаружение патогена молекулярно-генетическим методом</i></p> <p>Инфекции кровотока, исходя из источников инфицирования, делятся на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - первичные инфекции кровотока, включающие в себя катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК). <p>При микробиологическом подтверждении роли катетера, как фактора передачи возбудителя инфекции в эту группу так же включают микробиологически подтвержденную инфекцию кровотока, связанную с ЦВК** (ПВК***), которые описаны в группе «Инфекции, связанные с сосудистым катетером».</p> <ul style="list-style-type: none"> - вторичные инфекции кровотока, связанные с наличием первичного очага инфекции у пациента. <p>Для целей эпидемиологического надзора в группе «инфекции кровотока» определяют лабораторно подтвержденную инфекцию кровотока</p> <p>*В номенклатуре инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации, по Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2021 № 1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации» инфекции кровотока входят в группу «Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией, в том числе катетер-ассоциированные инфекции кровотока»</p> <p>** - Центральный венозный катетер (ЦВК) – устройство венозного доступа (трубка), внутренний конец которого расположен в правом предсердии или в центральной вене (верхняя полая вена, нижняя полая вена, пупочная вена (у новорожден-</p>
---	--	--	--

			<p>ных).</p> <p>*** - Периферический венозный катетер (ПВК) - устройство венозного доступа, (трубка), внутрисосудистый конец которого расположен в периферической вене.</p>
	<p>Лабораторно подтвержденная инфекция кровотока</p>		<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <p>1. Один положительный высеv из крови признанного (значимого) патогена*.</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>2.1 Пациент имеет хотя бы один из следующих симптомов: лихорадка (> 38°C), озноб или гипотензия.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>2.2 Пациент имеет из крови два положительных высева микроорганизма, входящего в состав нормальной микробиоты кожи** (из двух отдельно взятых посевов в течение 48 часов).</p> <p><i>Примечания:</i></p> <p>В целях эпидемиологического надзора в данном стандартном определении случая принято следующее:</p> <p>- * к патогенным микроорганизмам относятся: грамположительные бактерии (<i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>), грамотрицательные бактерии (<i>Pseudomonas spp</i>, <i>Acinetobacter spp</i>, <i>Achromobacter spp</i>, <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>, <i>Enterobacterales</i> и др.), дрожжеподобные (<i>Candida spp.</i>, <i>Trichosporon spp.</i>, <i>Cryptococcus spp.</i>, <i>Rhodotorula spp.</i> и др.) и мицелиальные (<i>Fusarium spp.</i>) грибы. При выделении других видов мицелиальных грибов (<i>Scedosporium spp.</i>, <i>Acremonium spp.</i>, <i>Aspergillus spp.</i> и др.) необходимо два положительных высева из двух отдельно взятых посевов в течение 48 часов.);</p> <p>- ** к нормальной микробиоте кожи отнесены: коагулазоотрицательные стафилококки, <i>Micrococcus spp.</i>, <i>Cutibacterium acnes</i>, <i>Bacillus spp.</i>, <i>Corynebacterium spp.</i> и др..</p>
	<p>Катетер-ассоциированная инфекция кровотока (КАИК)</p>		<p>Катетер-ассоциированная инфекция кровотока (КАИК) - это первичная инфекция кровотока у пациента, которая развилась через 48 часов и более после введения в кровеносное русло катетера и нет связи с другим источником инфекции.</p> <p>Должна соответствовать следующим критериям:</p>

		<p>риям:</p> <p>1. Катетер установлен более 48 часов назад до развития инфекции кровотока.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>2. Источником микроорганизма не является другой очаг инфекции.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>Пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:</p> <p>3. Один положительный высеv из крови признанного патогена.</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>4.1 Пациент имеет хотя бы один из следующих симптомов: лихорадка (> 38°C), озноб или гипотензия.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>4.2 Два положительных высева микроорганизма, входящего в состав нормальной микрофлоры кожи (из двух отдельно взятых посевов в течение 48 часов), из крови пациента.</p> <p>Примечания: <i>Диагноз КАИК будет окончательным в случае если у пациента с сосудистым катетером:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – наблюдались клинико-лабораторные признаки инфекции кровотока; – не были найдены другие очаги инфекции; – отсутствовала клиническая возможность удалить сосудистый катетер и провести его микробиологическое исследование с целью доказательства этиологически значимого контаминирования катетера микроорганизмами (т.е. не удалось идентифицировать сосудистый катетер как фактор передачи инфекции). <p><i>Для подтверждения роли катетера, как конечного фактора передачи инфекции и его этиологической значимости в патогенезе инфекции кровотока требуется микробиологическое исследование дистального сегмента удаленного сосудистого катетера. Наиболее достоверными являются количественный и полуколичественный методы посева сегмента катетера.</i></p> <p><i>В случае микробиологического подтверждения роли сосудистого катетера, как фактора передачи, местная инфекция в ране входного отверстия катетера и инфекция кровотока у пациента с сосудистым катетером будут отнесены к <u>группе инфекций, связанных с сосудистым катетером.</u></i></p>
	<p>Инфекция, связанная с сосудистым катетером</p>	<p>Инфекция, связанная с сосудистым катетером – это местная инфекция в ране входного отверстия катетера и инфекция кровотока у пациента с сосудистым катетером при микробиологическом подтверждении роли сосудистого катетера как фактора передачи возбудителя инфекции.</p> <p>Выделяют следующие клинические (нозо-</p>

			<p>логические) формы инфекции, связанной с сосудистым катетером:</p> <ul style="list-style-type: none"> - местная инфекция, связанная с ЦВК* (без положительного высева из крови) - местная инфекция, связанная с ПВК** (без положительного высева из крови) - генерализованная инфекция, связанная с ЦВК (без положительного высева из крови) - генерализованная инфекция, связанная с ПВК (без положительного высева из крови) - микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с ЦВК - микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с ПВК <p>Примечания: * - Центральный венозный катетер (ЦВК) – устройство венозного доступа (трубка), внутренний конец которого расположен в правом предсердии или в центральной вене (верхняя полая вена, нижняя полая вена, пупочная вена (у новорожденных)). ** - Периферический венозный катетер (ПВК) - устройство венозного доступа, (трубка), внутрисосудистый конец которого расположен в периферической вене.</p>
		<p>Местная инфекция, связанная с ЦВК (без положительного высева из крови)</p>	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Катетер установлен более 48 часов назад. И 2. Гной/воспаление в ране входного отверстия катетера. И 3. Количественный посев ЦВК $\geq 10^3$ КОЕ/мл или полуколичественный посев ЦВК > 15 КОЕ. <p>Примечание: Местная инфекция, связанная с ЦВК, включает и туннельную/карманную инфекцию туннелированного/ тотально имплантированного катетера.</p>
		<p>Местная инфекция, связанная с ПВК (без положительного высева из крови)</p>	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Катетер установлен более 48 часов назад. И 2. Гной/воспаление в ране входного отверстия катетера. И 3. Количественный посев ПВК $\geq 10^3$ КОЕ/мл или полуколичественный посев ПВК > 15 КОЕ.

		<p>Генерализованная инфекция, связанная с ЦВК (без положительного посева из крови)</p>	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Катетер установлен более 48 часов назад. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Количественный посев ЦВК $\geq 10^3$ КОЕ/мл или полуколичественный посев ЦВК > 15 КОЕ. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Улучшение клинической картины в течение 48 часов после удаления катетера.
		<p>Генерализованная инфекция, связанная с ПВК (без положительного посева из крови)</p>	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Катетер установлен более 48 часов назад. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Количественный посев ПВК $\geq 10^3$ КОЕ/мл или полуколичественный посев ПВК > 15 КОЕ. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Улучшение клинической картины в течение 48 часов после удаления катетера.
		<p>Микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с ЦВК</p>	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекция кровотока, возникшая за 48 часов до или после удаления катетера, <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Пациент имеет хотя бы один из следующих признаков (в зависимости от клинической возможности удаления катетера и применяемого метода микробиологического исследования): <ul style="list-style-type: none"> - выделение одного и того же микроорганизма из крови и из удаленного катетера количественным методом посева ЦВК 10^3 КОЕ/мл или полуколичественным методом посева ЦВК > 15 КОЕ; - количественное соотношение микробных клеток одного и того же микроорганизма в образцах крови, взятых одновременно из ЦВК и из периферической вены $> 5^*$; - дифференциальная задержка положительного результата посева крови: положительный результат пробы крови из ЦВК идентифицируется ранее на два или более часа в сравнении с положительным результатом пробы крови из периферической вены (образцы крови берутся одновременно)*. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Выделение одного и того же микроорганизма из крови и из отделяемого из раны входного отверстия катетера (в случае его наличия и при подозрении на местную инфекцию),

			<p>Примечание: * Данные методы микробиологического подтверждения инфекции кровотока, связанной с ЦВК, относятся к методам, не требующим удаления катетера. Применяются в случае, если нет клинической возможности удалить подозрительный сосудистый катетер и исследовать его микробиологическими методами.</p>
		Микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с ПВК	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекция кровотока, возникшая за 48 часов до или после удаления катетера. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Выделение одного и того же микроорганизма из крови и из катетера количественным методом посева ПВК 10^3 КОЕ/мл или полуколичественным методом посева ПВК > 15 КОЕ. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Выделение одного и того же микроорганизма из крови и из отделяемого из раны входного отверстия катетера (в случае его наличия).
Инфекции мочевыводящих путей			<p style="text-align: center;">Инфекции мочевыводящих путей (ИМП), связанные с оказанием медицинской помощи, включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> - микробиологически подтвержденная симптоматическая ИМП; - не подтвержденная микробиологически симптоматическая ИМП. <p>Также выделяют катетер-ассоциированную ИМП</p>
		Микробиологически подтвержденная симптоматическая ИМП	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствовать у пациента при поступлении, в том числе в инкубационном периоде. 2. Не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. У пациента есть, по крайней мере, один из следующих симптомов без какой-либо другой установленной причины: <ul style="list-style-type: none"> - лихорадка ($> 38^\circ\text{C}$); - резкие позывы к мочеиспусканию; - учащенное мочеиспускание; - дизурия или болезненность в надлобковой области. <p style="text-align: center;">И</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. По крайней мере, одно из следующих: <ul style="list-style-type: none"> - выделение урокультуры в количестве $\geq 10^5$ КОЕ/мл мочи, не более, чем 2 видов микроорганизмов; - две повторно выделенные урокультуры одного и того же микроорганизма в количестве

		<p>$\geq 10^2$ КОЕ/мл из проб, взятых асептически;</p> <ul style="list-style-type: none"> - одна урокультура микроорганизма в количестве $\leq 10^5$ КОЕ/мл у пациента, получающего соответствующую антимикробную терапию.
	Не подтвержденная микробиологически симптоматическая ИМП	<p>1. Должна соответствовать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствовать у пациента при поступлении, в том числе в инкубационном периоде; - не является закономерным продолжением патологического процесса, имевшегося у пациента при госпитализации или обращении за оказанием медицинской помощи. <p style="text-align: center;">И</p> <p>2. У пациента, по крайней мере, два из следующих симптомов без какой-либо другой установленной причины:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лихорадка ($> 38^\circ\text{C}$); - резкие позывы к мочеиспусканию; - учащенное мочеиспускание; - дизурия или болезненность в надлобковой области. <p style="text-align: center;">И</p> <p>3. По крайней мере, одно из следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пиурия с количеством лейкоцитов ≥ 10 в 1 мл или ≥ 3 лейкоцита в поле зрения при микроскопии с высоким разрешением образца нецентрифугированной мочи; - обнаружением микроорганизма при окраске по Граму образца нецентрифугированной мочи; - назначение врачом соответствующей антимикробной терапии.
	Катетер-ассоциированная ИМП	<p>Должна соответствовать следующим критериям:</p> <p>1. Катетер-ассоциированной ИМП считается инфекция, соответствующая стандартным определениям ИМП.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p>2. Возникшая у пациента не ранее, чем через 48 часов после постановки внутреннего мочевого катетера.</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>3. Возникшая у пациента в течение 48 часов после удаления внутреннего мочевого катетера, стоявшего не менее 48 часов.</p>

Приложение А2.2 Карта эпидемиологического расследования возникновения случая инфекции (инфекционной болезни), связанной с оказанием медицинской помощи у пациента (рекомендуемый образец)

№ _____
Дата заполнения « _____ » _____ 20__

1. Общие сведения

1.1. Медицинская карта стационарного больного (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях)

№ _____
Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при наличии) _____ Возраст _____ лет

1.2. Адрес места жительства: населенный пункт _____ город, село, ул. _____ дом № _____ корп. № _____ кв. № _____

Вид профессиональной деятельности _____

1.3. Место работы, должность/место учебы _____

Дата последнего посещения _____

1.4. Диагноз при поступлении: _____

1.5. Заключительный диагноз (с указанием кода МКБ-10):

- Основное заболевание _____ код МКБ _____
- Сопутствующие заболевания _____ код МКБ _____
- Осложнения _____ код МКБ _____
- Присоединившаяся инфекция _____

1.6. Пациент: терапевтический, хирургический плановый, хирургический экстренный, ожоговый, травматологический, другой (нужное подчеркнуть) _____

1.7. Откуда поступил пациент: другая медицинская организация/хоспис/дом/улица _____

1.8. Экстренное извещение № _____ подано, дата: _____

1.9. Вид оперативного вмешательства _____

1.10. Движение пациента в медицинской организации:

Поступление в медицинскую организацию: экстренно (1), планово (2)	Оперативное вмешательство		Перемещение пациента в медицинской организации		Пребывание в палате интенсивной терапии (1), отделении реанимации и интенсивной терапии (2)	Выписка/перевод/смерть
	Дата	час. мин.	Дата	Отделение		

1.11. Инвазивные вмешательства:

Тип инвазивного вмешательства	Дата постановки	Дата удаления
Катетеризация сосудов (указать вид катетеризации, тип катетера и длительность):		
Катетеризация мочевого пузыря (указать тип катетера и длительность):		

ИВЛ (указать длительность):		
Другая дыхательная поддержка (указать вид и длительность):		
Постановка дренажей (указать вид дренажа и длительность):		
Другие инвазивные вмешательства:		

1.12. Лечение и профилактика противомикробными лекарственными препаратами

Противомикробный лекарственный препарат	Разовая доза	Способ введения	Кратность	Дата начала приема	Дата последнего приема

Инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами

2. Инфекция области хирургического вмешательства

2.1. Клинические (нозологические) формы: поверхностная, глубокая, инфекция органа/полости, имплант-ассоциированная инфекция, другое _____

2.2. Наличие импланта _____

2.3. Время возникновения после операции (дни) _____

2.4. Клинические проявления: лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), локализованная боль, гнойное отделяемое из раны, наличие признаков локального воспаления (боль, гиперемия, отек) с гипертермией, гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе (полости), свищевой ход, связанный с имплантом, гнойное отделяемое в области установки импланта, спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, другое _____

2.5. Анамнез _____

Характеристика операции

2.6. Оценка риска по шкале ASA (American Society of Anesthesiologists): _____

2.7. Наименование оперативного вмешательства _____

2.8. Тип операции: плановая, экстренная _____

2.9. Краткое описание операции _____

2.10. Степень чистоты оперативного вмешательства («чистое», «условно-чистое», «контаминированное», «грязное») _____

2.11. Место проведения (операционная, №) _____

2.12. Продолжительность _____

2.13. Очередность _____

2.14. Операционная бригада: _____

2.15. Периоперационная антибиотикопрофилактика: да/нет, препарат, доза, время введения _____

2.16. Подготовка к операции: _____

2.17. Анестезия: общая (эндотрахеальная, эпидуральная), внутривенная, местная, другая _____

2.18. Обработка рук (антисептическое средство) _____

2.19. Обработка операционного поля (антисептическое средство) _____

2.20. Шовный материал _____

2.21. Профилактика гипотермии (да, нет): _____

2.22. Катетеризация сосудов во время операции: вид катетеризации, тип катетера, длительность _____

2.23. Катетеризация мочевого пузыря во время операции: тип катетера, длительность _____

2.24. Искусственная вентиляция легких во время операции, длительность _____

Дата подключения, время (чч:мм)	Дата снятия, время (чч:мм)	Марка ИВЛ	Номер ИВЛ

Ведение пациента в послеоперационном периоде

2.25. Пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии (дни): _____

2.26. Катетеризация сосудов: вид катетеризации, тип катетера, длительность _____

2.27. Катетеризация мочевого пузыря: тип катетера, длительность _____

2.28. Искусственная вентиляция легких (эндотрахеальная интубация/трахеостома), длительность _____

2.29. Место проведения перевязок: _____

2.30. Кратность проведения перевязок: _____

2.31. Использование дренажей (вид дренажа): _____

2.32. Использование противомикробных лекарственных препаратов в рану _____

2.33. Состояние послеоперационной раны: _____

2.34. Дата снятия швов: _____

2.35. Лист наблюдения в послеоперационном периоде: да/нет, заполнен полностью/ заполнен частично, не заполнен

2.36. -Лечение и профилактика противомикробными лекарственными препаратами

Противомикробный лекарственный препарат	Разовая доза	Способ введения	Предоперационный период		Во время проведения операции		Постоперационный период	
			Дата	Время	Дата	Время	Дата	Время

2.37. Результаты микробиологических исследований

Дата забора	Материал	Возбудитель, КОЕ/мл	Чувствительность к противомикробным лекарственным препаратам

3. Инфекция органов дыхания

3.1. Клинические (нозологические) формы: пневмония без микробиологического подтверждения; пневмония, микробиологически подтвержденная; пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких, другое _____

3.2. Инфекции органов дыхания, связанные с инвазивными процедурами или устройствами: после бронхоскопии или санации трахеобронхиального дерева, инфекция органов дыхания после ингаляции кислорода или ингаляционного введения лекарственных веществ, инфекция после интубации, искусственная вентиляция легких; инфекция без интубации, другое _____

3.3. Клинические проявления: лихорадка > 38,0°C, кашель, диспноэ или тахипноэ; при аускультации – хрипы, крепитация или звуки бронхиального дыхания, другое _____

3.4. Характер мокроты: вновь появившаяся гнойная мокрота, или изменение характера мокроты

(цвет, запах, количество, консистенция) _____

3.5. Лабораторные и инструментальные данные: лейкопения ($< 4\ 000$ лейкоцитов/ мм^3) или лейкоцитоз ($\geq 12\ 000$ лейкоцитов/ мм^3); ухудшение газообмена (например, O_2 -десатурация или увеличение потребности в кислороде, или увеличение потребности в вентиляции), другое _____

3.6. Лист наблюдения (при наличии искусственной вентиляции легких и другой дыхательной поддержки): да/нет, заполнен полностью/ заполнен частично, не заполнен

3.7. Рентгенологическое исследование или КТ-сканирование

Дата	Описание

3.8. Результаты микробиологических исследований

Дата забора	Материал	Возбудитель	Чувствительность к противомикробным лекарственным препаратам

3.9. Искусственная вентиляция легких (во время операции, в отделении реанимации), длительность _____

Дата подключения, время (чч:мм)	Дата снятия, время (чч:мм)	Марка ИВЛ	Номер ИВЛ

3.10. Лист наблюдения (при наличии ИВЛ, инвазивных устройств): да/нет, заполнен полностью/заполнен частично, не заполнен

4. Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией, в том числе катетер-ассоциированная инфекция

4.1. Клинические (нозологические) формы: *инфекции кровотока, в том числе:* лабораторно-подтвержденная инфекция кровотока; катетер-ассоциированная инфекция кровотока; *инфекции, связанные с сосудистым катетером, в том числе:* местная инфекция, связанная с центральным венозным катетером (без положительного высева из крови); местная инфекция, связанная с периферическим венозным катетером (без положительного высева из крови); генерализованная инфекция, связанная с центральным венозным катетером (без положительного высева из крови); генерализованная инфекция, связанная с периферическим венозным катетером (без положительного высева из крови); микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с центральным венозным катетером; микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с периферическим венозным катетером; другое _____

4.2. Инвазивные устройства: катетер, сосудистый протез, инфузионная среда (кровезамещающие жидкости), другое _____

Тип катетеризации	
Вид, размер, длина катетера	
Место сосудистого доступа	
Дата постановки катетера	
Дата удаления катетера	

Продолжительность катетеризации	
Наличие повторных катетеризаций	
Другое	

4.3. Клинические проявления: лихорадка ($> 38^{\circ}\text{C}$), озноб, гипотензия, воспаление в месте постановки катетера или туннеля, улучшение клинической картины в течение 48 часов после удаления катетера _____

4.4. Лист наблюдения (при наличии катетера): да/нет, заполнен полностью/ заполнен частично, не заполнен

4.5. Результаты микробиологических исследований

Дата забора	Материал	Возбудитель, КОЕ/мл	Чувствительность к противомикробным лекарственным препаратам

5. Инфекция мочевыводящих путей

5.1. Клиническая (нозологическая) форма: микробиологически подтвержденная симптоматическая, не подтвержденная микробиологически симптоматическая, другое _____

5.2. Формы инфекций мочевыводящих путей, связанные с инвазивными процедурами или устройствами: катетер-ассоциированная; связанная с цистоскопическими процедурами; инфекция, связанная с дренажами, другое _____

5.3. Клинические проявления: лихорадка ($> 38^{\circ}\text{C}$), резкие позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия, болезненность надлобковой области, другое _____

5.4. Инвазивные вмешательства: использование мочевого катетера, использование дренажа, проведение цистоскопии, другое _____

Дата катетеризации	
Материал катетера	
Продолжительность катетеризации (часы)	
Наличие повторных катетеризаций (количество)	
Тип дренажной системы	Открытая, закрытая (нужное подчеркнуть)
Применение инстилляций мочевого пузыря, ирригации и др.	
Другое	

5.5. Лист наблюдения (при наличии инвазивных устройств): да/нет, заполнен полностью/ заполнен частично, не заполнен

5.6. Результаты микробиологических исследований:

Дата забора	Материал	Возбудитель, КОЕ/мл	Чувствительность к противомикробным лекарственным препаратам

5.7. Результаты лабораторного исследования мочи

Дата забора	При поступлении		До катетеризации		После катетеризации	
	Показатель	Результат	Показатель	Результат	Показатель	Результат
	Цвет		Цвет		Цвет	
	Прозрачность		Прозрачность		Прозрачность	
	Белок		Белок		Белок	
	Лейкоциты		Лейкоциты		Лейкоциты	
	Эритроциты		Эритроциты		Эритроциты	
	Эпителий		Эпителий		Эпителий	
	Бактерии		Бактерии		Бактерии	
	Цилиндры		Цилиндры		Цилиндры	

Инфекции, вызванные патогенными микроорганизмами

6. Кишечные инфекции, инфекции органов дыхания, инфекции наружных покровов, другие _____

6.1. Диагноз: _____

6.2. Клинические проявления _____

6.3. Дата появления первых симптомов (дата заболевания) _____

6.4. Эпидемиологический анамнез (пищевой, географический, парентеральный) _____

6.5. Вероятный источник возбудителя инфекции, механизм, путь, факторы _____

6.6. Условия, способствовавшие заражению _____

6.7. Прививочный анамнез _____

6.8. Эпидемиологический фон (данные о количестве предыдущих случаев, данные лабораторных исследований) _____

6.9. Лабораторные исследования (серологическое, бактериологическое, молекулярно-генетическое)

Дата	Наименование исследования	Результат

6.10. Инструментальные исследования

Дата	Наименование исследования	Результат

Мероприятия

7. Противоэпидемические мероприятия

7.1. Изоляционно-ограничительные мероприятия: перевод в другую медицинскую организацию, изоляция «на месте» (*нужное подчеркнуть*)

7.2. Дезинфекционные мероприятия:

Обработанные помещения _____

Дезинфекция проведена: дата _____ препарат _____ кем _____

Камерная дезинфекция:

дата проведения _____ объекты _____

7.3. Микробиологическое обследование внешней среды

№	Дата исследования	Вид исследования	Кол-во	В т.ч. «+»		Выделенные штаммы микроорганизмов	Характеристика штаммов	Объекты
				Абс.	%			

7.4. Экстренная профилактика, профилактика контактных:

дата _____ препарат _____

7.5. Карантин _____

7.6. Дополнительные данные _____

Эпидемиологическая диагностика

8. Эпидемиологическая диагностика

8.1. Классификация случая инфекции (указать тип инфицирования (экзогенная, эндогенная), этиологию, нозологическую форму, осложнения)

8.2. Вероятный источник инфекции

- установлено, фамилия, имя отчество (при наличии): _____

- источник выявить не удалось: _____

8.3. Факторы риска

Катетеризация	мочевыводящих путей	__ количество часов
	центральных кровеносных сосудов	__ количество часов
	периферических кровеносных сосудов	__ количество часов
	перидурального пространства	__ количество часов
Искусственная вентиляция легких		__ количество часов
Инвазивные манипуляции	люмбальная пункция	да, нет
	инъекции внутримышечные	да, нет
	инъекции подкожные	да, нет
	инъекции внутривенные	да, нет
	инфузии внутривенные капельные	да, нет
	инфузии внутривенные капельные через инфузомат	да, нет
	установка дренажей	да, нет
Прочее		

Гормонотерапия		да, нет		
Химиотерапия	Антиретровирусная	да, нет		
	Антибактериальная	да, нет		
	Антимикотическая	да, нет		
	Антивирусная	да, нет		
Тип операции	Экстренная	да, нет		
	Плановая	да, нет		
Операция в ночной период времени	с 22:00 до 02:00 часов	да, нет		
	с 02:00 до 06:00 часов	да, нет		
Продолжительность операции более одного часа		да, нет		
Риск по шкале ASA(American Society of Anesthesiologists)	I	здоровый пациент	да, нет	
	II	пациент, имеющий нетяжелое системное заболевание (заболевание сердца и незначительное ограничение физической активности, ГБ под контролем, сахарный диабет с минимальным повреждением органов, патологическое ожирение, хр. Бронхит)	да, нет	
	III	пациент с тяжелым системным заболеванием, не приводящим, однако, к полной потере трудоспособности (заболевание сердца, ограничивающее физическую активность, с трудом контролируемая ГБ, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, хр. заболевания легких, ограничивающие активность пациента)	да, нет	
	IV	пациент с инвалидизирующим тяжелым системным заболеванием, представляющим постоянную угрозу жизни (тяжелая сердечная недостаточность, тяжелая ишемическая болезнь сердца, выраженная дыхательная недостаточность, выраженное нарушение функции почек или печени)	да, нет	
	V	пациент, который неминуемо погибнет без операции из-за крайне тяжелого основного заболевания (неконтролируемое кровотечение при разрыве аневризмы брюшной аорты, травма головного мозга, массивная эмболия легочной артерии)	да, нет	
Класс раны	1	Чистая	Неинфицированная послеоперационная рана при отсутствии воспаления, при этом не затрагивались дыхательный, пищеварительный, половой или неинфицированный мочевыводящий тракты.	да, нет
	2	Условно-чистая	Послеоперационная рана, затрагивающая дыхательный, пищеварительный, половой или мочевыводящий тракты в контролируемых условиях и без необычной контаминации. В частности, в эту категорию включены операции, вовлекающие желчевыводящий тракт, аппендикс, влагалище и ротоглотку, при условии, что отсутствуют	да, нет

		признаки инфекции и не отмечались серьезные нарушения асептики.		
	3	Контаминирован-	Открытые, свежие, травматические раны. Кроме того, в эту категорию включены операции со значительными нарушениями асептики (например, открытый массаж сердца) или сопровождающиеся выраженной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта, а также операции, при которых наблюдается острое негнойное воспаление.	да, нет
	4	Инфицированная	Старые травматические раны с нежизнеспособными тканями, а также послеоперационные раны, в области которых уже имелась инфекция или произошла перфорация кишечника. Подразумевается, что микроорганизмы, способные вызвать ИОХВ, присутствовали в области оперативного вмешательства до операции.	да, нет
Контакт с постоянным носителем золотистого стафилококка			да, нет	
Циркуляция в стационаре госпитального штамма возбудителя, по результатам микробиологического мониторинга			да, нет	
Вид питьевого режима	вода фильтрованная		да, нет	
	вода бутилированная		да, нет	
	вода из кулера		да, нет	
	вода кипяченая		да, нет	
Нарушение организации питания в стационаре (указать)			да, нет	
Эндогенные факторы риска	иммунодефицитные состояния: применение кортикостероидов, цитокинов, применение лучевой терапии, онкологические заболевания, вредные производственные факторы, другие		да, нет	
	сопутствующие заболевания: сахарный диабет, ожирение, другое		да, нет	

8.4. Механизм передачи возбудителя инфекции

Контактный	да, нет
Аэрогенный	да, нет
фекально-оральный	да, нет
Трансмиссивный	да, нет
Вертикальный	да, нет
Артифициальный	да, нет

8.5. Вероятный путь передачи возбудителя инфекции

парентеральный	да, нет
инъекционный	да, нет
Трансфузионный	да, нет
Ингаляционный	да, нет
Операционный	да, нет

Инструментальный	да, нет
Аппаратный	да, нет
Имплантационный	да, нет
Посткатетеризационный	да, нет
Гематогенный	да, нет
контактно-бытовой	да, нет
Водный	да, нет
пищевой	да, нет
воздушно-капельный (воздушно-пылевой)	да, нет
другой (указать)	да, нет

8.6. Вероятный фактор передачи возбудителя инфекции

Инструменты	да, нет		
Искусственная вентиляция легких	да, нет		
Электроотсос	да, нет		
Катетер	Тип катетера	Мочевой	да, нет
		сосудистый центральный	да, нет
		сосудистый периферический	да, нет
		Эпидуральный	да, нет
контаминированная инфузионная среда	да, нет		
перевязочный материал	да, нет		
Вода	да, нет		
руки персонала	да, нет		
предметы ухода	да, нет		
продукты питания	мясные продукты	да, нет	
	рыбные продукты	да, нет	
	молочные продукты	да, нет	
	продукты из передачи пациента	да, нет	
	другие пищевые продукты	да, нет	
не установлено			

8.7. Условия, способствующие реализации механизма передачи возбудителя инфекции

нарушение технологии обработки рук	да, нет
контакт с инфекционным больным	да, нет
оперативные вмешательства в анамнезе	да, нет
децентрализованное водоснабжение	да, нет
аварии системы водопровода	да, нет
аварии системы канализации	да, нет
хранения передач пациентов при комнатной температуре	да, нет
несвоевременная организация противоэпидемических мер	да, нет
отсутствие расчетного количества бактерицидного оборудования	да, нет
нарушение режима проветривания палат	да, нет
нарушение режима цикличности заполнения палат	да, нет
нарушение режима обработки палат	да, нет
площадь на пациента в палате меньше нормативной	да, нет
нарушения стандартной операционной процедуры инвазивного вмешательства	да, нет
Другое	

8.8. Границы очага _____

8.9. Сведения о контактных в очаге инфекции лицах

Приложение А2.3 Типовое положение о Комиссии по профилактике инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, медицинской организации

I. Общие положения

- 1.1. Комиссия по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – Комиссия) определяет цель, принципы, основные направления совершенствования системы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в медицинской организации, осуществляет организацию и контроль профилактических и противоэпидемических мероприятий и координацию действий медицинских и иных работников медицинской организации по профилактике ИСМП в медицинской организации.
- 1.2. Полномочия Комиссии распространяются на все структурные подразделения медицинской организации.
- 1.3. Состав комиссии определяется и утверждается руководителем медицинской организации.

II. Функции Комиссии

- 2.1. Комиссия проводит анализ заболеваемости ИСМП на основе результатов эпидемиологического мониторинга, микробиологического мониторинга, мониторинга проведения инвазивных процедур, оценки факторов риска возникновения и распространения ИСМП в медицинской организации, осуществляет анализ потенциального и реализованного риска ИСМП и формирует рекомендации по профилактике ИСМП в медицинской организации.
- 2.2. Комиссия осуществляет оценку качества, полноты и своевременности профилактических и противоэпидемических мероприятий.
- 2.3. Комиссия рассматривает материалы о причинах и условиях возникновения единичного или групповых случаев заболеваний ИСМП и принимает решения о формировании комплекса необходимых мер профилактического и противоэпидемического характера в целях ликвидации эпидемической ситуации и предотвращения возникновения случаев ИСМП.
- 2.4. Комиссия осуществляет контроль за проведением мероприятий и координирует действия медицинских и иных работников медицинской организации по профилактике ИСМП, в том числе мероприятий по:
 - снижению риска заноса возбудителя инфекционных болезней в медицинскую организацию и предотвращению возникновения условий для формирования внутрибольничных штаммов микроорганизмов, а также штаммов, обладающих устойчивостью к противомикробным лекарственным препаратам, химическим и (или) биологическим средствам;
 - обеспечению эпидемиологической безопасности внешней среды медицинской организации;
 - предотвращению распространения (выноса) инфекционного заболевания за пределы медицинской организации;
 - обеспечению соответствия медицинской организации санитарно-эпидемиологическим требованиям к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования, а также условиям деятельности медицинской организации;
 - проведению оценки риска возникновения случаев ИСМП у пациента и принятию мер по его минимизации; обеспечению пребывания пациента в условиях изоляции при

- необходимости) и оказания ему медицинской помощи;
- проведению противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекционного заболевания;
 - проведению микробиологического мониторинга циркулирующих микроорганизмов с определением резистентности к противомикробным лекарственным препаратам, химическим и (или) биологическим средствам;
 - проведению противоэпидемических мероприятий в отношении контактных лиц;
 - проведению микробиологических исследований биологического материала пациентов, медицинских работников (включая случаи подозрения и (или) возникновения ИСМП) и объектов внешней среды медицинской организации;
 - проведению дезинфекционных, стерилизационных мероприятий в медицинской организации;
 - обеспечению эпидемиологической безопасности медицинских технологий, применяемых в медицинской организации, в том числе соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
 - соблюдению правил гигиены рук в медицинской организации, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;
 - предупреждению случаев ИСМП у работников медицинских организаций;
 - рациональному применению противомикробных лекарственных препаратов, химических и (или) биологических средств для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний.
- 2.5. Комиссия проводит оценку полноты учета и регистрации ИСМП в соответствии со стандартными определениями случая ИСМП пациента и случая ИСМП работника медицинской организации и стандартными определениями случаев различных клинических (нозологических) групп и форм ИСМП.
 - 2.6. Комиссия рассматривает и рекомендует к утверждению программу обеспечения эпидемиологической безопасности и профилактики ИСМП в медицинской организации, подготовленную врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом или лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации.
 - 2.7. Комиссия рассматривает и рекомендует к утверждению проекты организационно-методических документов (стандартных операционных процедур, алгоритмов, инструкций и других) и локальных актов по обеспечению эпидемиологической безопасности и профилактике ИСМП.
 - 2.8. Комиссия осуществляет информирование медицинского персонала об эпидемиологической обстановке в медицинской организации, ее отдельных подразделениях, и результатах микробиологического мониторинга.
 - 2.9. Комиссия организывает обучение медицинского персонала и проведение тренингов по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности и профилактики инфекций в медицинской организации.
 - 2.10. Комиссия осуществляет взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в рамках своих функций.

III. Порядок создания и осуществления деятельности Комиссии

- 3.1. Комиссия создается на основании приказа руководителя медицинской организации до 30 января текущего года, при необходимости в течение года в состав комиссии вносятся изменения и утверждаются приказом руководителя медицинской организации.
- 3.2. Положение о Комиссии, регламентирующее цели, задачи и функции комиссии, порядок работы, учета и представления отчетности по итогам деятельности, состав комиссии утверждаются руководителем медицинской организации.

- 3.3. Комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии.
- 3.4. Председателем Комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя медицинской организации, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.
- 3.5. Председатель Комиссии несет ответственность за деятельность комиссии, своевременность, обоснованность и объективность принятых решений Комиссии.
- 3.6. В состав Комиссии включаются врач-эпидемиолог, главная (старшая) медицинская сестра, заведующие структурными подразделениями медицинской организации врач-бактериолог, врач-клинический фармаколог, врач-инфекционист, врач-патологоанатом и другие работники медицинской организации.
- 3.7. Секретарь Комиссии составляет план-график заседаний комиссии, готовит материалы для ее заседания, информирует членов Комиссии о дате и времени проведения заседания Комиссии, оформляет протоколы заседаний Комиссии, организует надлежащее хранение материалов Комиссии.
- 3.8. Члены комиссии обеспечивают оценку эпидемиологической безопасности медицинской деятельности, анализ потенциального и реализованного риска ИСМП, анализ качества, полноты и своевременности профилактических и противоэпидемических мероприятий.
- 3.9. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. Форма проведения комиссии (очная, дистанционная, в гибридном формате) определяется руководителем медицинской организации.
- 3.10. Решение Комиссии считается принятым, если его поддержало две трети членов комиссии и более.
- 3.11. Решение Комиссии оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения: дата проведения заседания Комиссии; список членов Комиссии, присутствовавших на заседании; перечень обсуждаемых вопросов; решения Комиссии и его обоснование.
- 3.12. Протоколы решений Комиссии подлежат хранению в течение 10 лет.
- 3.13. Председатель Комиссии ежеквартально и по итогам года представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе Комиссии.
- 3.14. Контроль за деятельностью Комиссии осуществляет руководитель медицинской организации.

IV. Права Комиссии

- 4.1. Комиссия с целью реализации своих задач и функций имеет право:
 - 1) запрашивать в установленном порядке от должностных лиц медицинской организации предоставления и использования в работе сведений и документов, материалов исследований, связанных с обеспечением эпидемиологической безопасности медицинской помощи и профилактики ИСМП;
 - 2) вызывать работников медицинской организации на заседание Комиссии, запрашивать у них письменные и устные объяснения по существу рассматриваемых вопросов;
 - 3) вносить предложения по снижению риска ИСМП, необходимым противоэпидемическим мероприятиям, укреплению материально-технического обеспечения медицинской организации для профилактики ИСМП.

Приложение А4.4 Сведения о случаях инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинской организации за отчетный год (рекомендуемый образец)

**Сведения
о случаях инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицин-
ской помощи,
в медицинской организации**

(полное наименование медицинской организации)

за _____ год

Раздел 1. Общие сведения

№	Критерий	Количество
1	2	3
1.	Количество коек круглосуточного пребывания	___ ед.
2.	Пролечено (всего)	___ чел.
	в том числе взрослых	___ чел.
	в том числе детей	___ чел.
3.	Количество посещений в смену (поликлиника)	___ пос./смену
4.	Количество оперированных пациентов в хирургических отделениях	___ чел.
5.	Количество операций в хирургических отделениях	ед.
6.	Количество гинекологических полостных операций	___ ед.
7.	Количество малых гинекологических операций	___ ед.
8.	Количество эндоскопических операций	___ ед.
9.	Количество эндоскопических исследований	ед.
10.	Количество пациентов, находившихся в ПИТ, ОРИТ (всего)	___ чел.
11.	Количество пациентов, находившихся на ИВЛ (всего)	___ чел.
12.	Суммарное количество дней ИВЛ	___ дней
13.	Количество пациентов, которым проводилась катетеризация магистральных сосудов (всего)	___ чел.
14.	Суммарное количество дней катетеризации магистральных сосудов	___ дней
15.	Количество пациентов, которым проводилась катетеризация мочевого пузыря (всего)	___ чел.
16.	Суммарное количество дней катетеризации мочевого пузыря (всего)	___ дней
17.	Количество внутримышечных инъекций (всего)	
18.	Количество работников медицинской организации (всего)	___ чел.
	в том числе врачей	___ чел.
	в том числе средних медицинских работников	___ чел.
	в том числе младших медицинских работников	___ чел.
	в том числе других работников	
19.	Количество врачей-эпидемиологов	___ чел.
20.	Количество помощников врачей-эпидемиологов	___ чел.

Раздел 2. Сведения о случаях инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, у пациентов медицинской организации

Клиническая (нозологическая) группа и форма	Абсолютное количество случаев инфекций
1	2
ВСЕГО	
1. Инфекции области хирургического вмешательства (всего), в том числе	
1.1. Поверхностные инфекции области хирургического вмешательства	
1.2. Глубокие инфекции области хирургического вмешательства	
1.3. Инфекции области хирургического вмешательства органа или полости	
1.4. Имплантат-ассоциированные инфекции	
2. Инфекции органов дыхания (всего), в том числе	
2.1. Пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи (всего), в том числе	
2.1.1. Пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, без микробиологического подтверждения	
2.1.2. Пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, микробиологически подтвержденные	
2.1.3. Пневмонии, связанные с искусственной вентиляцией легких – всего (без микробиологического подтверждения / микробиологически подтвержденные)	
3. Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией, в том числе катетер-ассоциированные инфекции кровотока (всего), в том числе	
3.1. Инфекции кровотока (всего), в том числе	
3.1.1. Лабораторно подтвержденные инфекции кровотока	
3.1.2. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока	
3.2. Инфекции, связанные с сосудистым катетером (всего), в том числе	
3.2.1. Местные инфекции, связанные с центральным венозным катетером (без положительного посева из крови)	
3.2.2. Местные инфекции, связанные с поверхностным венозным катетером (без положительного посева из крови)	
3.2.3. Генерализованные инфекции, связанные с центральным венозным катетером (без положительного посева из крови)	
3.2.4. Генерализованные инфекции, связанные с поверхностным венозным катетером (без положительного посева из крови)	
3.2.5. Микробиологически подтвержденные инфекции кровотока, связанные с центральным венозным катетером	
3.2.6. Микробиологически подтвержденные инфекции кровотока, связанные с поверхностным венозным катетером	
4. Инфекции мочевыводящих путей (всего), в том числе	
4.1. Микробиологически подтвержденные симптоматические инфекции мочевыводящих путей	
4.2. Не подтвержденные микробиологически симптоматические инфекции мочевыводящих путей	

4.3. Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей - всего (микробиологически подтвержденные / не подтвержденные микробиологически)	
5. Другие клинические (нозологические) группы и формы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (всего), в том числе	
<i>Указать клинические (нозологические) группы и формы инфекций</i>	

Раздел 3. Сведения о состояниях и заболеваниях пациентов и работников медицинской организации инфекциями, вызываемыми патогенными микроорганизмами

Нозологическая форма	Код по МКБ	ВСЕГО	ИСМП (абсол. число)				Занесено инфекций (абс. число) (из гр.3) ²
			ИСМП у детей	ИСМП у взрослых пациентов	ИСМП у работников медицинской организации	ИТОГО	
1	2	3	4	5	6	7	8
Острые кишечные инфекции, острые вирусные гепатиты А, Е	A01, A03, A04, A05, A08, A09, B15, B17.2						
Другие сальмонеллезные инфекции	A02						
Воздушно-капельные инфекции	A36, A37, A39, B01, B05, B06, B26, J06, J09 - 11, J22						
в том числе корь	B05						
Туберкулез впервые выявленный, активные формы	A15 - A19						
Болезнь, вызванная ВИЧ	B20 - B24, Z21						
Вирусный гепатит В	B16						
Вирусный гепатит С	B17.1						
COVID-19	U07.1, U07.2						
Пневмонии (вирусные, бактериальные, вызванные иными возбудителями, неуточненные)	J12-J18						
Другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний	обозначаются кодами по <u>МКБ-10</u> , соответственно нозологической форме						

² Указываются случаи заносов инфекции пациентами. Заболеваемость инфекционными заболеваниями (не ИСМП) работников медицинской организации анализируется отдельно.

Раздел 4. Сведения о летальных исходах пациентов с инфекциями (инфекционными болезнями), связанными с оказанием медицинской помощи

Критерий	Абсолютное количество случаев
Количество умерших с пациентов с ИСМП (всего), в том числе	
<i>указать клиническая (нозологическая) форма ИСМП</i>	

Раздел 5. Сведения об этиологии инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами

5.1. Этиологическая структура инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами

Наименование микроорганизма, вызвавшего ИСМП	Количество выделенных штаммов ³	Доля в структуре от общего числа штаммов, %	Из них полирезистентных ⁴	Доля полирезистентных штаммов, %

5.2. Сведения о возбудителях инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи, с высоким эпидемическим потенциалом

Наименование возбудителя	Антибиотик	Число исследованных штаммов	Из них резистентных	Доля резистентных штаммов, %
<i>Staphylococcus aureus</i>	Цефокситин			
	Линезолид			
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Цефокситин			
	Линезолид			
<i>Enterococcus spp</i>	Ванкомицин			
	Линезолид			
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ципрофлоксацин			
	Карбапенемы			
	«Полимиксины»			
<i>Acinetobacter baumannii</i>	Карбапенемы			
	«Полимиксины»			
<i>Klebsiella spp.</i>	Цефотаксим			
	Карбапенемы			

³ Учитываются все штаммы, выделенные от пациентов и персонала с ИСМП, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, в том числе при неоднократном выделении

⁴ Полирезистентный штамм – штамм, устойчивый как минимум к одному препарату трех и более классов антибиотиков

	«Полимиксины»			
	Цефтазидим-авибактам			
<i>E.coli</i>	Цефотаксим			
	Карбапенемы			
	«Полимиксины»			
	Цефтазидим-авибактам			

Приложение Б. Алгоритм действий медицинских работников при выявлении случаев инфекций (инфекционных болезней), связанных с оказанием медицинской помощи

