

	НАО «Центр сердца Шымкент»		
Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Название документа:	«Программа профилактики инфекций и инфекционного контроля»		
Идентификационный номер	03-34-05		
Утвержден:	Приказ председателя Правления НАО «Центр сердца Шымкент» от 12.03.2026 года №62 н/к		
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Директор департамента инфекционного контроля	Узенбаева Б.Д.	
Согласовано:	Заместитель председателя Правления по медицинской части	Алипова Г.Н.	
	Заместитель председателя Правления по контролю качества медицинских услуг и стратегическому развитию	Сейтжанова Г.М.	
	Директор департамента менеджмента качества и безопасности пациентов	Алдияр А.Д.	
	Дата введения в действие:	12.03.2026	
	Дата следующего пересмотра:	12.03.2029	
Версия №1		Копия № _____ / _____ / подпись _____ Ф.И.О. _____	

Шымкент



1. Назначение и область применения

Настоящая Программа инфекционного контроля (далее – ПИК) распространяется на все структурные подразделения НАО «Центр сердца Шымкент», медицинский и немедицинский персонал, сотрудников Департамента инфекционного контроля, пациентов, посетителей, включая членов семей пациентов, а также на всю территорию ЦСШ. (в т.ч. членов семьи).

2. Термины и определения, сокращения и обозначения

JCI - Joint Commission International (Объединенная международная комиссия);

СОП - стандарт операционной процедуры;

МИ - медицинские изделия;

МЦБП - международные цели по безопасности пациента;

ИСМП - инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;

ПИК - Программа инфекционного контроля;

ПНИК-Профилактика инфекций и инфекционный контроль

ИСМП - внутрибольничные инфекции;

КИК - Комиссия по инфекционному контролю;

КПКИ - команда по предупреждению и контролю инфекций;

КДО - клиничко-диагностическое отделение;

ПКИ - правила контроля инфекций;

ДИК - департамента инфекционного контроля

РК - Республика Казахстан;

ЦСО - центральное стерилизационное отделение;

ЭКО -отделение экстракорпорального оплодотворения;

МЗ - Министерство здравоохранения;

ПГГСВ - Постановление Главного Государственного санитарного врача;

НПА - нормативный правовой акт;

МЛУ - множественная лекарственная устойчивость;

ИК - инфекционный контроль;

ОДИКи - особо опасные и карантинные инфекции;

УСЭК - управление санитарно-эпидемиологического контроля; 24) ВГВ - вирусный гепатит В;

ДЛО -департамент лекарственного обеспечения.

В настоящем СОП используются следующие определения:

- 1) инфекционный контроль - система организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций;
- 2) внутрибольничная инфекция - любое инфекционное заболевание бактериального, вирусного, паразитарного или грибкового происхождения, связанная с получением медицинских услуг пациентом или сотрудника медицинской организации;
- 3) инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи - случаи инфекции, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи медицинских стационарных амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных организациях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому) или возникшее в течение инкубационного периода после получения медицинской помощи, или по истечении 72 часов после проведения инвазивной манипуляции;



- 4) источник инфекции - естественная среда обитания микроорганизмов, где обеспечивается их накопление, рост, размножение и выделение в окружающую среду;
- 5) инкубационный период - отрезок времени с момента попадания возбудителя в организм до проявления симптомов болезни;
- 6) специалист инфекционного контроля - врач-эпидемиолог и/или медсестра инфекционного контроля, специально обученная медицинская сестра, которые организуют комплекс мероприятий по профилактике ИСМП, контролируют их выполнение, обеспечивают мониторинг ИСМП и обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля в медицинской организации;
- 7) стандарты инфекционного контроля - порядок организации и проведения системы инфекционного контроля;
- 8) занос инфекции в медицинскую организацию - инфекционные заболевания, приобретенные до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные в стационаре;
- 9) алгоритм проведения медицинских манипуляций – технология проведения лечебно-диагностических манипуляций и профилактических мероприятий в целях уменьшения риска развития ИСМП;
- 10) факторы риска - это условия окружающей среды или, самого организма, которые могут способствовать возникновению ИСМП и элементы окружающей среды, принимающие участие в передаче возбудителя инфекции;
- 11) штамм - чистая культура микроорганизма,
- 12) экзогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате заражения микроорганизмами извне;
- 13) эндогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате активации возбудителей самого организма облигатно-патогенного микроба (например: микобактерии туберкулеза) или микробами - нормальными обитателями тела человека, обычно наступает в результате снижения естественного или (и) приобретенного иммунитета, а также в результате пассивного заноса большой дозы микроба в стерильные области тела человека;
- 14) эпидемиологический надзор - это систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций обеспечение информацией ответственных лиц для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи и профилактики инфекционных заболеваний;
- 15) эпидемиологическое наблюдение - систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций и обеспечение информацией ответственных лиц для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи и профилактики инфекционных заболеваний.
- 16) эпидемиологически значимые медицинские манипуляции медицинские манипуляции, при проведении которых в случае нарушения алгоритмов их проведения возникают ИСМП.
- 17) Аварийная ситуация – попадание биологических жидкостей или потенциально инфицированного материала на поврежденную или неповрежденную кожу, слизистые, например травмы (уколы, порезы кожных покровов медицинским инструментарием, не прошедшим дезинфекционную обработку), разлитие/разбрызгивание биологических жидкостей и др.
- 18) Антимикробная резистентность – устойчивость микроорганизма к противомикробному препарату, которым раньше можно было лечить инфекцию, вызываемую этим микроорганизмом. Воздушный путь передачи – реализуется за счет распространения взвешенных в воздухе ядер капель (аэрозолей) размером менее 5 мкм, в которых вирус долгое время остается жизнеспособным и может переноситься на большие расстояния.



- 19) Изоляция (изоляционно- ограничительные мероприятия) – комплекс мероприятий, целью которых является предупреждение передачи возбудителей инфекции от пациентов с потенциально контагиозными заболеваниями/состояниями другим пациентам, медицинским работникам и посетителям стационара. Изделия медицинского назначения – это любой инструмент, аппарат, прибор, устройство, материал или другое изделие, предназначенные для диагностики, лечения, профилактики, используемые в ЦСШ.
- 20) Инкубационный период – отрезок времени от момента попадания возбудителя инфекции в организм до проявления первых симптомов болезни.
- 21) Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), – случаи инфекций, связанных с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно- поликлинических, образовательных, санаторно- оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.
- 22) Капельный путь передачи – реализуется через содержащие вирус мелкие капли (слюны и жидкого секрета из дыхательных путей) размером $>5-10$ мкм, образующиеся из этих жидкостей и вылетающие в воздух при кашле, чихании, разговоре или других респираторных актах. Контактное лицо – человек, который находится и (или) находился в контакте с источником возбудителя инфекции.
- 23) Контактный путь передачи – реализуется в результате прямого или косвенного контакта, а также при нахождении в непосредственной близости от заболевшего (в тесном контакте) через выделения, содержащие инфекционные агенты.
- 24) Парентеральный путь передачи – осуществляется непосредственно через кровь (возможен при переливании крови, уколах или порезах при выполнении инъекций и манипуляций, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и слизистых).
- 25) Сортировка – распределение пациентов на группы исходя из срочности и однородности необходимых мероприятий (лечебных, профилактических) в конкретной обстановке, с целью раннего выявления больных с инфекционным заболеванием, выделения таковых из основного потока, с последующей их немедленной изоляцией/распределением.
- 26) Эпидемиологический надзор за ИСМП – система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП.
- 27) НЕРА-фильтр – воздушный фильтр, который фильтрует максимум до $>99,97\%$ частиц размером $>0,3$ мкм при заданном расходе воздуха. Антисептика (обеззараживание) – это процесс уменьшения количества микроорганизмов на коже, слизистых оболочках или других тканях тела путем применения противомикробного (антисептического) средства.
- 28) Антисептические средства – это химические вещества, наносимые на кожу или другие живые ткани для подавления или уничтожения микроорганизмов (как транзитных, так и резидентных). Это средства, которые включают спирт (этиловый или изопропиловый), разбавленные растворы йода, йодофоры, хлоргексидин и триклозан, и используются для снижения общего микробного числа. С целью подготовки области хирургического вмешательства рекомендуется использовать спиртосодержащие растворы хлоргексидина и повидон-йода для уменьшения общего количества бактерий на коже.
- 29) Асептика и асептические методы – представляют собой сочетание усилий, направленных на предотвращение проникновения микроорганизмов в любую



- область тела, где они могут вызвать инфекцию. Цель асептики – снизить до безопасного уровня, или уничтожить, количество микроорганизмов как на одушевленных (живых) поверхностях (коже и слизистых оболочках), так и на неодушевленных предметах (хирургические инструменты и другие предметы).
- 30) Микроорганизмы – это возбудители инфекции. Они включают бактерии, вирусы, грибки и паразиты. Некоторые бактерии могут существовать в вегетативном состоянии (во время которого организм активен и заразен) и в виде эндоспор (в котором жесткая, спящая, нерепродуктивная структура защищает клетку). Из-за наличия защитного покрытия эндоспоры убить труднее.
- 31) Инфекция в области органов/полостей, имеющих отношение к хирургическому вмешательству – это инфекция, поражающая любую часть тела глубже надрезанной кожи, фасции или мышечных слоев, вскрываемых во время хирургической процедуры. Это наиболее серьезная из ИОХВ.
- 32) Резидентная флора – это микроорганизмы, которые обитают в глубоких слоях кожи и внутри волосяных фолликулов и не могут быть полностью удалены даже путем тщательного мытья и ополаскивания простым мылом и чистой водой. В большинстве случаев резидентная флора вряд ли связана с инфекциями. В то же время, руки или ногти некоторых медработников могут колонизироваться микроорганизмами, которые вызывают инфекцию (например, *Staphylococcus aureus*, грамотрицательные палочки или дрожжи), которые могут передаваться пациентам.
- 33) Хирургическая обработка рук – это антисептическое мытье рук или антисептическая обработка рук, выполняемое перед операцией хирургической бригадой с использованием продукта, содержащего антисептик, время и специальные методы для устранения транзитной и уменьшения резидентной флоры кожи. Антисептики, применяемые для хирургической обработки рук, часто обладают стойким противомикробным действием.
- 34) Хирургическая дезинфекция рук – относится к хирургической обработке рук с использованием безводного антисептического средства для рук на спиртовой основе. Хирургическая очистка рук – относится к хирургической обработке рук с использованием воды и антимикробного мыла.
- 35) Инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – это инфекция в месте разреза или в органе / полости, возникающая в области проведения операции либо в течение 30 дней после операции, если не было импланта, либо в течение 90 дней, если имплант был установлен.
- 36) Транзитная флора – это микроорганизмы, приобретенные в результате контакта с людьми или загрязненными поверхностями в обычной повседневной деятельности. Они живут в верхних слоях кожи и их легче удалить с помощью гигиенической обработки рук. Это микроорганизмы, которые с наибольшей вероятностью вызывают инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП).
- 37) Биопленка – это скопившийся тонкий слой бактерий и внеклеточного материала, который плотно прилегает к поверхностям (напр., кожный дренаж, мочевые катетеры), и который нелегко удалить. Наличие биопленки может повысить устойчивость бактерий к противомикробным препаратам и снизить эффективность дезинфицирующих средств и стерилизации, поскольку эти продукты не могут проникнуть в биопленку.
- 38) Катетер- ассоциированная инфекция кровотока – это инфекция кровотока, требующая специального лабораторного тестирования, которое более тщательно может определить является ли центральный катетер источником инфекции. Этот термин обычно не используется для целей эпиднадзора, но используется для диагностики и лечения пациентов.



- 39) Центральный катетер – это внутрисосудистый катетер, который заканчивается в сердце или рядом с ним или находится в одном из магистральных сосудов и используется для инфузии, забора крови или мониторинга кровотока. К магистральным сосудам относятся аорта, легочная артерия, верхняя полая вена, брахиоцефальные вены, внутренние яремные вены, подключичные вены, бедренные и подвздошные вены, пупочная артерия / вена у новорожденных. Катетеры бедренной артерии и внутриаортальные баллонные насосные устройства не считаются центральными катетерами. Ни место постановки, ни тип устройства не используются для определения того, может ли катетер считаться центральным. Чтобы считаться центральным катетером, устройство должно заканчиваться в одном из крупных сосудов, в сердце или рядом с ним, и использоваться для инфузий.
- 40) Инфекция, ассоциированная с центральным венозным катетером (CLABSI) – это лабораторно подтвержденная инфекция кровотока, при которой центральный или пупочный катетер был установлен более 2 календарных дней по состоянию на день события (день 1 – это день установки устройства), и устройство оставалось на своем месте в день события или накануне него. Если центральный или пупочный катетер был установлен более 2 календарных дней, а затем был удален, датой события CLABSI должен быть день отмены или следующий день.
- 41) Инфекция места выхода катетера – это клиническая инфекция, при которой имеется положительный посев выделений (т.е. гноя или жидкости) в том месте, где внутрисосудистый катетер выходит из кожи. Инфекция в месте выхода катетера может иметь место при наличии или отсутствии микробиологических доказательств (положительный посев крови) инфекции кровотока.
- 42) Периферические венозные катетеры (внутривенные катетеры) – в/водятся в периферические вены и используются для в/ведения жидкостей или лекарств. Это наиболее распространенная форма сосудистого доступа в медицинских учреждениях. Средний катетер – это также тип периферического внутривенного катетера, который в/водится в вену на плече или в локтевом сгибе, а его кончик заканчивается у подмышки или рядом с ней.
- 43) Периферически установленный центральный катетер (PICC) – это длинный гибкий катетер, в/водимый в периферическую вену для обеспечения внутривенного доступа с целью лечения. в/водится в периферическую вену (например, на руках, ногах или ступнях), а затем проводится через вену до магистрального сосуда рядом с сердцем. Может использоваться, когда продолжительность внутривенной терапии имеет вероятность превышения 6 дней.
- 44) Флебит – это область отека, покраснения, раздражения и болезненности кожи вокруг места выхода внутрисосудистого катетера из кожи (т.е. места выхода). Если флебит связан с другими признаками инфекции (например, лихорадкой и нагноением места выхода), он классифицируется как клиническая инфекция места выхода.
- 45) Бессимптомная бактериурия – это бессимптомное наличие бактерий в мочевыводящих путях. Не считается значимым, за исключением беременных женщин, которым проводится инвазивная процедура, затрагивающая мочевыводящие пути, детей с пузырно- мочеточниковым рефлюксом (обратный ток мочи из мочевого пузыря в верхние мочевыводящие пути) или с сопутствующим посевом крови на соответствующий микроорганизм.
- 46) Катетер- ассоциированная инфекция мочевыводящих путей (КАИМП) – это ИМП у пациента с постоянным мочевым катетером.
- 47) Постоянный мочевой катетер – вставляется в мочевой пузырь и остается на месте для непрерывного оттока мочи (например, катетер Фолея). Его необходимо подсоединить к дренажному мешку.



- 48) Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – это инфекция, поражающая любую часть мочевыделительной системы, включая уретру, мочевой пузырь, мочеточник и почки.
- 49) Аспирация– это вдыхание материала (например, пищи, жидкости или содержимого желудка) из ротоглотки или желудочно- кишечного тракта в гортань и нижние дыхательные пути, включая легкие. В контексте аспирационной пневмонии вдыхание жидкости и микроорганизмов из полости рта в дыхательные пути чаще встречается у пациентов без сознания на аппаратах искусственной вентиляции легких.
- 50) Внебольничная пневмония (ВП) – это пневмония, которая возникает в результате инфекции, полученной за пределами медицинского учреждения. Таким образом, ВП начинается до госпитализации пациента или в течение 2 дней после госпитализации в медицинское учреждение. Как правило, причиной ВП являются другие микроорганизмы, отличные от тех, что вызывают госпитальную пневмонию.
- 51) Вентилятор- ассоциированная пневмония (ВАП) – это пневмония, которая развивается более чем через 2 календарных дня после того, как пациента перевели на искусственную вентиляцию легких (день установки вентилятора – это день 1), и аппарат установлен в день события или днем ранее.

3. Ответственность

4. Настоящий Программа разработан с целью:

- 1) Проведение и совершенствование единой системы организационных, профилактических, противоэпидемических мероприятий, разработка общебольничных инициатив, связанных с развивающимися медицинскими практиками направленных на предупреждение возникновения распространения ИСМП.
- 2) Определение, снижение или устранение рисков заражения и передачи инфекций среди пациентов, персонала, врачей, наемных рабочих, резидентов, посетителей Центра и другого населения.

4.Требования для выполнения программы

5. Для реализации Программы используют следующие задачи:

- 1) Проблема профилактики ИСМП остро стоит перед ЦСШ , оказывающим специализированную стационарную и консультативно-диагностическое отделение, включающий самые уязвимые в эпидемическом отношении риски и особенности: отделение кардиохирургической анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, кардиохирургические, отделение реанимации и интенсивной терапии, интервенционной аритмологии с ЭФЛ, ангиографических исследований и радиологии, кардиологическое отделение №1,2. Центр оказывает помощь пациентам из всего Туркестанской области, г.Шымкент а также ближнего и дальнего зарубежья Таджикистан и Узбекистан. Пациенты в возрасте старше 18 лет.
- 2) Центр несет ответственность по отношению к пациентам, персоналу, практикующим врачам, работникам по контракту, студентам, резидентам, посетителям и сообществу, обеспечивая надлежащие безопасные условия пребывания пациентов и меры защиты, осуществляемые для определения и предупреждения внутрибольничных инфекций до их появления.
- 3) Центр утверждает и поддерживает комплексную программу профилактики инфекций и инфекционного контроля в рамках стандартов национальной аккредитации, рекомендаций международных научных обществ, нормативных правовых актов РК.
- 4) Осуществление активного выявления всех форм инфекций путем создания эффективной системы эпидемиологического наблюдения использованием научных (эпидемиологических) методов для исследования проблем и проверки гипотез.
- 5) Осуществлять принципы, рекомендованные инфекционным контролем на



постоянной основе, путем регулярного наблюдения, обучения и профессиональной подготовки персонала.

6) Определение критериев ИСМП.

7) Осуществление системы мониторинга инфекций, инфекционных рисков, уровня инфекции и тенденции по внутрибольничным инфекциям, систематического и целенаправленного надзора для выявления внутренних показателей инфекций и инфекционных заболеваний, принесенных в Центр.

8) Ежегодная оценка рисков и разработка комплекса организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению инфекционных рисков среди пациентов, персонала, врачей, административных работников, студентов, резидентов, посетителей путем составления ежегодных планов мероприятий по снижению рисков больничных инфекций среди пациентов, медицинских работников, посетителей, лиц по уходу за пациентами.

9) Осуществление расследования случаев вспышек инфекционных заболеваний.

10) Предупреждение возникновения противомикробной резистентности или распространения устойчивых штаммов микроорганизмов путем безопасного использования антибактериальных препаратов и постоянного улучшения контактных мер предосторожности.

8) Постоянное обучение персонала, пациентов, посетителей, лиц, задействованных в уходе за пациентами.

9) Определение процедур и процессов, связанные с риском инфекции и разработка стратегии по снижению инфекционных рисков.

10) Внедрение стратегической программы рационального использования антибактериальных препаратов.

11) Обеспечение реагирования на глобальные инфекции.

5.Ожидаемые результаты:

- 1) предотвращение заболеваемости ИСМП;
- 2) снижение затрат на лечение осложнений с фактами ИСМП;
- 3) предотвращение затрат на ликвидацию вспышек ИСМП;
- 4) профилактика заболеваемости персонала.

6.Описание стандартных действий и операций.

7.Организация программы ПИИК

1) Главными факторами в предупреждении инфекций являются осведомленность и применение персоналом стандартов инфекционного контроля в практике ухода за пациентом и поддержание безопасной окружающей среды, включая санитарное состояние оборудования по уходу, за пациентом и расходные материалы. Осмотр пациентов с риском инфицирования и идентификация инфицированных пациентов является отправной точкой для постоянного и правильного применения мер. по предупреждению и контролю внутрибольничных инфекций.

2)Персонал, который планирует и осуществляет непосредственный уход за пациентом, является ключевым фактором предупреждения и контроля внутрибольничных инфекций.

3) Управление структурами:командой

инфекционного контроля проводится двумя инфекционного контроля и комиссией инфекционному контролю.

**8. Команда профилактики инфекций и инфекционного контроля:****8. Работу сотрудников ДИК с активным участием сотрудников Центра в соответствии с утвержденными должностными инструкциями осуществляют:**

- 1) Курирует, ведет мониторинг и оценивает реализацию ПИИК.
- 2) Отвечает за внедрение, обучение и мониторинг выполнения ПИИК во всех отделениях НАО «Центр сердца Шымкент».
- 3) Обучает врачей, медицинских сестер, вспомогательный персонал, пациентов и их представителей с помощью лекций, симпозиумов, рабочих совещаний и семинаров, тренингов, бесед по вопросам профилактики и контроля внутрибольничных инфекций, приветствуются самостоятельные обучения сотрудников.
- 4) Разрабатывает, пересматривает, согласовывает, внедряет, обновляет правила и алгоритмы, которые не ограничиваются, но связаны с: надзором внутрибольничных инфекций, дезинфекцией и стерилизацией больничного оборудования и хирургических инструментов, безопасностью персонала, стандартными мерами предосторожности,



изоляция пациентов, повреждениями от колющих предметов/крови и биологических повреждений, управлением отходами, прачечной и службой поддержания чистоты.

5) Осуществляет обзор и анализ месячных статистических данных по ИСМП, чтобы определить значительные изменения и показатели, по которым требуются соответствующие меры.

6) Регистрирует инфекционные заболевания, выявленные в Центре, выполняет отчетность и информирование соответствующих уполномоченных органов по заболеваниям, подлежащим регистрации.

7) Проводит оперативный эпидемиологический анализ, прогноз эпидемиологической ситуации.

8) Анализирует результаты микробиологических исследований от пациентов и объектов внешней среды.

9) Отслеживает формирование госпитальных штаммов.

10) Разрабатывает корректирующие мероприятия и обеспечивает выполнение требований санитарно-эпидемиологического режима Центра и соответствующих правил, процедур и программ.

11) Основной контроль, внедрение, мониторинг выполнения ПИИК осуществляет ДИК под руководством заведующего ДИК (1 ставка), врачей эпидемиологов 2 ставки), директора департамента (1 ставка), врача эпидемиолога (1 ставки), медсестры инфекционного контроля 1 ставка) обученных вопросам инфекционного контроля, подтвержденную образованием, тренингами, опытом или сертификатами.

12) разработку пороговых уровней показателей по инфекционному контролю;

13) расчет показателей инфекций связанных с оперативным вмешательством, ИВЛ, ЦВК и мочевым катетером;

14) мониторинг стандартов сестринского ухода и медицинской помощи на предмет выполнения правил асептики и соблюдение мер предосторожности;

15) мониторинг здоровья работников с целью ограничения возможности распространения инфекции между персоналом и пациентами;

16) контроль правильности стерилизации и дезинфекции;

17) разработку базового руководства по правилам и процедурам, связанным с обеспечением инфекционной безопасности;

18) разрабатывает правила и процедуры выявления, профилактики и борьбы с инфекциями у пациентов, медицинских работников и посетителей в Центре;

19) контроль за обращением медицинских отходов;

20) регулярный обход с заполнением актов, трейсеров всех подразделении, включая зоны для посетителей, пищеблок и т.д.;

21) сбор данных, анализ, определение приоритетных мероприятий;

22) подача еженедельной, ежемесячной, ежеквартальной и годовой отчетности руководству, ДСЭК;

23) расследование и ликвидация вспышек инфекционных заболеваний в сотрудничестве с врачами и средним медицинским персоналом;

24) мониторинг качества воды, контаминации воздуха, качества пищевой продукции, процессов реконструкции и строительства в центре;

25) обучение персонала, пациентов и их семей. Все зоны в Центре, где находятся персонал, пациенты и посетители включены в программу обучения - размещены брошюры, постеры памятки по технике обработки рук. .

26) информационную связь с организациями здравоохранения и другими службами, сообщение о событиях и получении информации по аспектам: обращение с отходами, санитария, биобезопасность, противомикробная фармация, гигиена труда, пациенты, потребители, качество медицинской помощи.

9. Члены КИК



- Председатель Комиссии инфекционного контроля - Заместитель председателя Правления по медицинской части
- Директор департамента инфекционного контроля
- Эпидемиолог
- Заведующая приемного отделения
- Заведующая кардиологического отделения №1,2
- Заведующая консультативно-диагностического отделения
- Заведующий отделением ангиографических исследований
- Заведующий отделения интервенционной аритмологии с электрофизиологической лабораторией
- Директор департамента кардиохирургической анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии
- Заведующий отделения реанимации и интенсивной терапии.
- Заведующая кардиохирургического отделения
- Начальника планово-экономического департамента
- Заведующий отделения кардиохирургической анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии
- Провизор отдела лекарственного обеспечения
- Директор по сестринскому делу
- Главная медсестра
- Секретарь Комиссии инфекционного контроля- медсестра инфекционного контроля

Кроме того, в отделениях приказом созданы 6 многопрофильных групп из числа сестринского персонала, целью которых является активное выявление инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Деятельность групп направлена на проведение регулярного мониторинга, анализ потенциальных факторов риска, а также своевременное информирование ответственных специалистов о выявленных случаях. В рамках своей работы группы осуществляют аудит соблюдения санитарно-эпидемиологических норм, участвуют в обучении персонала по вопросам профилактики ИСМП и способствуют формированию культуры безопасности пациентов.

9. Задачи и функции КИК НАО «Центр сердца Шымкент»

Комиссия инфекционного контроля Центра является консультативно-совещательным органом при НАО «Центр сердца Шымкент», осуществляющим совершенствование мер инфекционной безопасности, проводимого в соответствии с разработанной и утвержденной Программой инфекционного контроля.

2) Комиссия инфекционного контроля Центра разрабатывает предложения в соответствии с возложенными на нее задачами и функциями.

3) Комиссия инфекционного контроля Центра в своей работе руководствуется Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Уставом Центра, Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151. Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи" (далее - Положение).

4) Комиссия инфекционного контроля Центра осуществляет свою деятельность во взаимодействии со структурными подразделениями Центра

5) Решения и рекомендации Комиссии инфекционного контроля Центра являются основой для подготовки положений, приказов и методических документов по вопросам обеспечения инфекционной безопасности Центра.

**10. Основными задачами Комиссии инфекционного контроля Центра являются:**

- 1) содействие в обеспечении клинических структурных подразделений Центра инфекционных мер безопасности по профилактике ИСМП;
- 1) поддержание и совершенствование инфекционного контроля клинических структурных подразделений Центра через безопасные практики проведения медицинских манипуляций, соблюдения гигиены рук, рационального использования противомикробных препаратов и др.;
- 2) оказание информационной, консультативной и методической помощи медицинскому персоналу клинических структурных подразделений по вопросам, связанным с инфекционной безопасностью.
- 3) Создание и поддержание эффективной системы инфекционного контроля.
- 4) Выявление и оценка инфекционных рисков.
- 5) Организация эпидемиологического надзора за ИСМП.
- 6) Своевременное выявление случаев ИСМП.
- 7) Мониторинг инфекций, связанных с медицинскими устройствами.
- 8) Профилактика инфекций кровотока.
- 9) Профилактика инфекций области хирургического вмешательства.
- 10) Профилактика инфекций мочевыводящих путей, связанных с катетеризацией.
- 11) Профилактика вентилятор-ассоциированных инфекций.
- 12) Профилактика инфекций, связанных с внутрисосудистыми катетерами.
- 13) Профилактика инфекций у пациентов с LVAD.
- 14) Контроль соблюдения гигиены рук.
- 15) Контроль правильного использования средств индивидуальной защиты.
- 16) Организация безопасной обработки медицинских изделий.
- 17) Обеспечение надлежащей дезинфекции и стерилизации.
- 18) Контроль уборки и дезинфекции помещений.
- 19) Контроль обращения с медицинскими отходами.
- 20) Организация микробиологического мониторинга.
- 21) Мониторинг антибиотикорезистентности.
- 22) Предупреждение распространения MDR/MRGN-микроорганизмов.
- 23) Реализация программы рационального применения антимикробных препаратов.
- 24) Обучение медицинского персонала вопросам инфекционного контроля.
- 25) Проведение регулярных аудитов и трейсеров.
- 26) Анализ выявленных нарушений и разработка корректирующих мероприятий.
- 27) Формирование культуры безопасности пациентов и персонала.

11. Основными функциями Комиссии инфекционного контроля Центра являются:

- 1) установление единой политики по обеспечению инфекционной безопасности в клинических структурных подразделениях Центра;
- 2) разработка мероприятий на основании результатов эпидемиологического анализа заболеваемости и постоянная коррекция в соответствии с текущей эпидемиологической ситуацией;
- 3) оценка эпидемиологической значимости медицинских манипуляций, эффективности изоляционно-ограничительных мероприятий, методов стерилизации и дезинфекции.

13. Члены Комиссии инфекционного контроля:

- 1) соблюдают предусмотренный настоящим Положением тематический план работы Комиссии по инфекционному контролю утвержденный председателем Комиссии инфекционного контроля Центра;
- 2) уважают репутацию, права и мнение своих коллег при участии в совместных обсуждениях;
- 3) не используют свое положение в комиссии инфекционного контроля для получения преимуществ и выгод;



- 4) не разглашают информацию для внутреннего пользования о работе Комиссии инфекционного контроля, если такое ограничение принято комиссией;
- 5) не влияют на объективность принятия решений Комиссии инфекционного контроля, используя профессиональную активность, связанную с сотрудничеством с государственными структурами, частными и общественными организациями, сопряженную с возможностью возникновения конфликта интересов;
- 6) не участвуют в экспертизе, принятии решения и голосовании по обеспечению инфекционной безопасности в случае наличия конфликта интересов;
- 7) вносят предложения в план работы Комиссии инфекционного контроля и порядок проведения заседаний;
- 8) в добровольном порядке путем письменного уведомления выходят из состава Комиссии инфекционного контроля Центра;
- 9) излагают особое мнение, которое отражается в протоколе заседания Комиссии инфекционного контроля.

12. Функции членов КИК

1) При необходимости для участия в работе Комиссии инфекционного контроля привлекаются профильные специалисты без права голоса.

2) Задачи председателя комиссии:

- определяет приоритетные задачи инфекционного контроля;
- осуществляет руководство и координацию деятельности комиссии; обеспечивает своевременное проведение заседаний комиссии; определяет ответственных за проведение отдельных мероприятий инфекционного контроля, в соответствии с планом инфекционного контроля;
- докладывает на конференциях о выполнении плана и решениях, принятых
- на заседаниях, о проблемных вопросах, требующих вмешательства руководства;
- организует проведение научно-практических конференций;
- проводит внедрение передового международного опыта инфекционного контроля;
- проводит анализ деятельности комиссии и эффективность проводимых мероприятий.

3) Заместитель председателя директор департамента по инфекционному контролю в отсутствие председателя проводит заседания Комиссии инфекционного контроля выполняет возложенные на председателя функции.

Задачи заместителя председателя комиссии:

- подготовка материалов на заседание, планирование; подготовка медицинских кадров по инфекционному контролю; разработка целевых программ, СОПов, индикаторов, планов мероприятий по профилактике ИСМП;
- анализ результатов лабораторного обследования, данных температурных листов, назначение (смену, усиление) антибактериальной терапии в медицинских картах стационарных больных;
- участие в клинических обходах в структурных подразделениях Центра с высоким риском развития ИСМП;
- разработка программ обучения и подготовки медперсонала соответствующего профиля по вопросам инфекционного контроля.

5) Секретарь Комиссии инфекционного контроля (врач эпидемиолог) отвечает за:

- подготовку материалов и повестку заседаний, оформление протоколов заседаний, ведение архива, делопроизводства, создание и пополнение банка данных;
- осуществляет проверку соблюдения санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режимов;
- соблюдения правил асептики и антисептики медицинского персонала (совместно с медсестрой инфекционного контроля и старшими медсестрами (сестринское дело) клинического блока (стационара), (консультативно-диагностического отделения).



- обеспечение базы данных: мониторинг выделенных культур;
- 6) Клинические специалисты (хирург, кардиологи, реаниматологи и другие клиницисты) проводят:
 - оценку качества медицинской помощи;
 - разработку принципов организации инфекционного контроля в структурных подразделениях: определяет перечень инфекций, подлежащих учету регистрации в отделении
 - организует сбор и информацию согласно программе эпидемиологического наблюдения, обеспечивает адекватный противоэпидемический режим, анализ заболеваемости.
- 7) Экономист проводит расчет экономического ущерба при ИСМП и анализ экономической эффективности проводимых программ инфекционного контроля.
- 8) Медсестра инфекционного контроля:
 - своевременное информирование заинтересованных лиц о результатах проводимых лабораторных исследований;
 - разработку СОПов отбора проб от больного и объектов внешней среды,
 - определение объема исследований;
 - обучение специалистов по отбору, хранению и доставке проб для микробиологических исследований, правильности интерпретации полученных результатов микробиологических исследований;
 - эпидемиологическое наблюдение за ИСМП под руководством госпитального эпидемиолога;
- 9) Директор департамента по сестринскому делу клинического блока проводят:
 - обучение медицинского персонала среднего звена правилам проведения медицинских манипуляций согласно составленной и утвержденной программы обучения, проводит контроль знаний на рабочем месте или тестирование) при поступлении на работу и далее 1 раз в 6 месяцев;
 - эпидемиологическое наблюдение за ИСМП под руководством госпитального эпидемиолога;
 - мониторинг выполнения медицинских процедур и соблюдения гигиены рук;
 - оценку потребности в расходных материалах; проверку соблюдения санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режима, организацию соблюдения правил асептики и антисептики медицинским персоналом.
- 10) Директор департамента лекарственного обеспечения осуществляет:
 - оценку потребности в антимикробных препаратах и их утилизацию;
 - контроль качества и стерильности лекарственных средств;
 - оценку потребности отделений в стерильных лекарственных формах и бесперебойное обеспечение ими.
- 11) Клинический фармаколог осуществляет:
 - разработку и контроль тактики назначения лекарственных препаратов (в т. ч. антибиотиков и других противомикробных препаратов);
 - разрабатывает программу по рациональному использованию противомикробных препаратов, в том числе антибактериальных препаратов;
 - проводит ежеквартальный мониторинг выполнения программы, по рациональному использованию антибиотиков.

13. Организация работы Комиссии инфекционного контроля в НАО «Центр сердца Шымкент»



- 1) Комиссия инфекционного контроля работает в соответствии с планом работы, утвержденным председателем Комиссии инфекционного контроля Центра на один год.
- 2) Заседания Комиссии инфекционного контроля Центра проводятся не реже 1 раз в месяц и экстренно по эпидемиологическим показаниям и считаются правомочными, если на них присутствовало две трети членов Комиссии инфекционного контроля. Решения являются принятыми, если за них проголосовало не менее двух третей членов, присутствующих на заседании.

Спорные вопросы выносятся на рассмотрение председателя Комиссии инфекционного контроля Центра, решения которого являются окончательными.

При необходимости председатель Комиссии инфекционного контроля назначает внеочередное заседание.

- 3) Представленные на рассмотрение запросы направляются на имя Председателя Комиссии инфекционного контроля и далее секретарю.
- 4) Секретарь готовит информацию для членов Комиссии инфекционного контроля Центра и направляет все материалы по вопросам, рассматриваемым на предстоящем заседании не менее, чем за 5 рабочих дней до срока проведения заседания.
- 5) Решения заседания Комиссии инфекционного контроля Центра оформляются протоколом, который подписывается всеми членами Комиссии инфекционного контроля.

14. Права Комиссии инфекционного контроля в НАО «Центр сердца Шымкент»

- 1) принимать решения по рассматриваемым вопросам в соответствии с настоящим Положением;
- 2) запрашивать и получать от структурных подразделений Центра документы и материалы, необходимые для выполнения своих функций;
- 3) создавать экспертные и рабочие группы для рассмотрения вопросов, отнесенных к компетенции Комиссии инфекционного контроля;
- 5) запрашивать решения отдельных членов Комиссии инфекционного контроля Центра при написании протокола;
- 6) вносить предложения по рассматриваемым вопросам на утверждение в нормативных правовых документах в установленном порядке.

15. Эпидемиологический надзор за инфекциями и оценка соблюдения принципов ПИИК

- 1) Эпидемиологический надзор проводят сотрудники: департамента инфекционного контроля (директор департамента инфекционного контроля, врач-эпидемиолог, медсестра инфекционного контроля) имеющие специальное образование (санитарно-гигиеническое, эпидемиология, общественное здравоохранение), имеющие обучение, опыт в курирующих отделах с привлечением сотрудников Центра путем постепенного улучшения деятельности организации в области профилактики и контроля инфекций, включая определение приоритетов и обеспечение постепенного прогресса в достижении данных приоритетов.
- 2) Эпидемиологи определяют зоны высокого риска для профилактики и контроля инфекции, обеспечивают надзор или назначают сотрудника для обеспечения надзора за данными областями.
- 3) Сообщения по индикаторам осуществляются на еженедельных общепольничных конференциях, на госпитальных советах, на заседаниях комиссии по инфекционному контролю.
- 4) Сбор данных по инфекциям, ассоциированным с медицинским и приборами, инфекции послеоперационной раны - ежемесячно.
- 5) Анализ свода данных по ИСМП предоставляется ежеквартально на заседание КИК.



6) Командный подход эпидемиологов обеспечивает координацию с программой менеджмента здания и безопасности Центра для включения методов профилактики и контроля инфекций.

7) Отчеты ежемесячные и внеочередные донесения, протоколы разборов случаев предоставляются по запросам и в плановом порядке в УОЗ, ДСЭК, МЗРК

8) Центр принимает соответствующие меры по реагированию на сообщения, выдаваемые УОЗ, ДСЭК, МЗРК в зависимости от ситуации в больнице и ее группы пациентов и в соответствии с действующим национальным законодательством, сообщениям.

16. Основные задачи при эпидемиологическом надзоре ДИК:

1) анализ месячных статистических показателей по внутрибольничным инфекциям, чтобы определить значительные изменения и показатели, требующие соответствующие меры;

2) осуществление микробиологического мониторинга: статистические данные по частоте распространения патогенов (от пациентов) и их совокупный профиль чувствительности к антибиотикам предоставляются раз в месяц микробиологической лабораторией врачам-эпидемиологам для анализа;

3) на основе данных чувствительности микроорганизмов разработка тактики антибиотикотерапии;

4) проведение планового самоконтроля эпидемиологически значимых объектов внешней среды с целью выделения и идентификации госпитальных штаммов,

5) достижение адекватного, рационального использования антибиотиков в соответствии с клиническими протоколами, осуществление мониторинга применения антибиотиков;

6) не допустить возможность заражения парентеральными инфекциями, в том числе вирусными гепатитами;

7) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил в работе пищеблока, кафетерия;

8) анализ качества выполнения и результаты программы ПИИК;

9) организация полного и своевременного учета и регистрации ИСМП;

10) детальное эпидемиологическое наблюдение, анализ заболеваемости ИСМП, установление причин их возникновения, выявление факторов риска; путей передачи, оценка воздействия факторов риска, расследование вспышек ИСМП и принятие соответствующих мер по ликвидации,

11) разработка алгоритмов (технологии) эпидемиологической безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, санитарно-противоэпидемического режима основании оперативного эпидемиологического анализа, слежения за формированием госпитальных штаммов, прогноза эпидемиологической ситуации;

12) организация и осуществление микробиологического мониторинга;

13) разработка программы непрерывного обучения медицинского персонала и других специалистов по вопросам профилактики и контролю инфекций, в том числе по политикам, процедурам и практикам профилактики и контроля инфекций; пациентов и членов семьи, а так же по мере изменений ситуаций по конкретным инфекциям;

14) организация и участие в мероприятиях по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости, охране здоровья медицинского персонала;

15) контроль стерилизации и соблюдение санитарно-дезинфекционного режима;

16) контроль вакцинации новорожденных и сотрудников;

17) контроль работы инженерных служб и состояния окружающей среды: водоснабжения, вентиляции - фильтрация воздуха и другое;



- 18) осуществляет активное выявление всех форм инфекций путем создания эффективной системы эпидемиологического наблюдения использованием научных (эпидемиологических) методов для исследования проблем и проверки гипотез.
- 3) на основе данных чувствительности микроорганизмов разработка тактики антибиотикотерапии;
- 4) проведение планового самоконтроля эпидемиологический значимых объектов внешней среды с целью выделения и идентификации госпитальных штаммов,
- 5) достижение адекватного, рационального использования антибиотиков в соответствии с клиническими протоколами, осуществление мониторинга применения антибиотиков;
- б) не допустить возможность заражения парентеральными инфекциями, в том числе вирусными гепатитами;
- 7) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил в работе пищеблока, кафетерия;
- 8) анализ качества выполнения и результаты программы ПИИК;
- 9) организация полного и своевременного учета и регистрации ИСМП;
- 10) детальное эпидемиологическое наблюдение, анализ заболеваемости ИСМП, установление причин их возникновения, выявление факторов риска; путей передачи, оценка воздействия факторов риска, расследование вспышек ИСМП и принятие соответствующих мер по ликвидации,
- 11) разработка алгоритмов (технологии) эпидемиологический безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, санитарно-противоэпидемического режима основании оперативного эпидемиологического анализа, слежения за формированием госпитальных штаммов, прогноза эпидемиологической ситуации;
- 12) организация и осуществление микробиологического мониторинга;
- 13) разработка программы непрерывного обучения медицинского персонала и других специалистов по вопросам профилактики и контролю инфекций, в том числе по политикам, процедурам и практикам профилактики и контроля инфекций; пациентов и членов семьи, а так же по мере изменений ситуаций по конкретным инфекциям;
- 14) организация и участие в мероприятиях по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости, охране здоровья медицинского персонала;
- 15) контроль стерилизации и соблюдение санитарно-дезинфекционного режима;
- 16) контроль вакцинации новорожденных и сотрудников;
- 17) контроль работы инженерных служб и состояния окружающей среды: водоснабжения, вентиляции - фильтрация воздуха и другое;
- 18) осуществляет активное выявление всех форм инфекций путем создания эффективной системы эпидемиологического наблюдения использованием научных (эпидемиологических) методов для исследования проблем и проверки гипотез.

17. Эпидемиологическое наблюдение, оперативный анализ осуществляется за эпидемиологический значимыми процедурами

17.1 Эпидемиологическое наблюдение и оперативный анализ осуществляется за эпидемиологический значимыми процедурами:

- 1) респираторный тракт - процедуры и оборудование, связанные с интубацией, экстубацией, механической вентиляцией легких, трахеостомией и т. д.;
- 2) мочевой тракт - инвазивные процедуры и оборудование, связанные с наличием мочевого катетера, мочевых дренажных систем, стенов, уход за ними;
- 3) внутрисосудистые инвазивные устройства - установка и уход периферическим, центральными венозными, пупочными катетерами, внутривенозными системами, проведение парентеральных инъекций, инфузий;
- 4) послеоперационные раны - оперативные вмешательства, уход за ними, перевязки, а также связанные с ними асептические процедуры;



- 5) эпидемиологически значимые болезни и агенты – агенты мультирезистентной устойчивостью, высоковирулентные инфекционные агенты от пациентов;
- 7) пересадка сердца;
- 8) Перикардиоцентез, люмбальная пункция при подозрении на менингит;
- 9) гнойно-септические инфекции;
- 10) парентеральные вирусные гепатиты;
- 11) впервые выявленными инфекциями и реинфекциями среди населения;
- 12) сбор медицинских отходов;
- 13) сбор грязного белья;
- 14) сбор инструментов для обработки в ЦСО;
- 15) проведение эндоскопических процедур;

17.2 Надзор включает:

- 1) активное выявление ИСМП;
- 2) анализ медицинской документации;
- 3) анализ лабораторных данных;
- 4) мониторинг антибиотикотерапии;
- 5) мониторинг хирургических вмешательств;
- 6) мониторинг медицинских устройств;
- 7) мониторинг инфекций кровотока;
- 8) мониторинг послеоперационных инфекций;
- 9) мониторинг инфекций мочевыводящих путей;
- 10) мониторинг респираторных инфекций;
- 11) мониторинг инфекций у пациентов ОПИТ/ОАРИТ;
- 12) мониторинг инфекций у пациентов с LVAD;
- 13) мониторинг MDR/MRGN.

17.3 Для каждого выявленного случая проводится эпидемиологическое расследование.

При расследовании оцениваются:

- 1) дата поступления;
- 2) дата возникновения симптомов;
- 3) эндогенные и экзогенные факторы риска;
- 4) медицинские вмешательства;
- 5) наличие инвазивных устройств;
- 6) продолжительность катетеризации;
- 7) хирургические вмешательства;
- 8) антибиотикотерапия;
- 9) результаты лабораторных исследований;
- 10) микробиологические результаты;
- 11) возможный источник инфекции;
- 12) пути передачи;
- 13) соблюдение стандартных мер предосторожности.

18. Надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи

Эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), является одним из основных направлений деятельности системы инфекционного контроля НАО «Центр сердца Шымкент» и осуществляется с целью своевременного выявления, регистрации, расследования и предупреждения случаев ИСМП, определения факторов риска их возникновения и разработки эффективных профилактических мероприятий. Надзор осуществляется Департаментом инфекционного контроля совместно с руководителями структурных подразделений, медицинским персоналом, клинико-диагностической лабораторией, лечащими врачами и другими ответственными специалистами.



Эпидемиологический надзор включает активное выявление случаев ИСМП, анализ медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований, мониторинг использования медицинских устройств, оценку соблюдения требований асептики и антисептики, проведение эпидемиологических исследований, анализ микробиологических данных и антибиотикорезистентности.

Основными категориями эпидемиологического наблюдения в НАО «Центр сердца Шымкент» являются инфекции кровотока, инфекции области хирургического вмешательства, катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей, инфекции нижних дыхательных путей, инфекции, связанные с медицинскими устройствами, а также инфекции у пациентов с имплантированными кардиологическими устройствами, включая LVAD.

18.1. Надзор за инфекциями кровотока, катетер- ассоциированная инфекция кровотока (КАИК, CLABSI)

Инфекции кровотока относятся к наиболее значимым ИСМП, особенно у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, кардиохирургического и интервенционного профиля, а также у пациентов, имеющих длительно установленные сосудистые и имплантируемые устройства.

Эпидемиологический надзор осуществляется за инфекциями, связанными с центральными венозными катетерами (ЦВК), периферическими венозными катетерами, имплантируемыми сосудистыми портами и другими медицинскими устройствами, способными являться фактором риска проникновения микроорганизмов в кровоток.

При проведении надзора оцениваются частота возникновения инфекций, количество случаев, количество катетеро-дней, продолжительность использования сосудистых устройств, клинические проявления инфекции, результаты микробиологических исследований и выделенные возбудители.

Для оценки эффективности профилактических мероприятий рассчитывается показатель частоты инфекций кровотока на 1 000 катетеро-дней. Полученные показатели анализируются в динамике, по структурным подразделениям и категориям пациентов.

В рамках надзора проводится оценка соблюдения правил установки, фиксации и ухода за катетерами, выполнения гигиены рук, использования средств индивидуальной защиты, соблюдения асептики при манипуляциях, обработки места введения катетера и своевременности удаления устройства.

При выявлении подозрения на инфекцию кровотока проводится оценка клинических данных, результатов лабораторных исследований, характера и локализации инфекционного очага, наличия сосудистых устройств и других возможных факторов риска.

Каждый подтвержденный случай ИСМП, связанный с сосудистым доступом, подлежит регистрации, анализу и, при необходимости, эпидемиологическому расследованию с определением непосредственных и системных причин возникновения инфекции.

18.2. Надзор за инфекциями области хирургического вмешательства (ИОХВ, SSI)

Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) являются одним из приоритетных направлений эпидемиологического надзора в НАО «Центр сердца Шымкент», учитывая значительный объем кардиохирургических, сосудистых и других инвазивных вмешательств.

Надзор осуществляется за пациентами после кардиохирургических операций, операций на сосудах, имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС), имплантации других кардиологических устройств, а также после иных хирургических и инвазивных вмешательств.

При осуществлении надзора проводится оценка состояния послеоперационной раны, наличия признаков воспаления, отделяемого, расхождения краев раны, необходимости повторного хирургического вмешательства, результатов микробиологических исследований и продолжительности пребывания пациента в стационаре.



Для предупреждения ИОХВ контролируется соблюдение всех этапов профилактики инфекции, начиная с предоперационной подготовки пациента и заканчивая послеоперационным наблюдением.

Особое внимание уделяется соблюдению хирургической обработки рук медицинского персонала, правильному применению хирургических средств индивидуальной защиты, подготовке операционного поля, соблюдению стерильности, правильной организации операционной, соблюдению асептики и антисептики, качеству очистки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий.

Отдельно контролируется обоснованность, своевременность и правильность проведения периоперационной антибиотикопрофилактики в соответствии с утвержденными клиническими протоколами и локальными документами медицинской организации.

При выявлении случая ИОХВ проводится эпидемиологическое расследование с анализом особенностей оперативного вмешательства, длительности операции, состояния пациента, наличия факторов риска, соблюдения антибиотикопрофилактики, результатов микробиологических исследований и других обстоятельств, которые могли способствовать развитию инфекции.

18.3 Надзор за катетер-ассоциированными инфекциями мочевыводящих путей (КАИМП, CAUTI)

Надзор за катетер-ассоциированными инфекциями мочевыводящих путей (КАИМП) проводится прежде всего среди пациентов, которым установлен постоянный мочевой катетер, особенно в отделениях реанимации и интенсивной терапии и у пациентов после оперативных вмешательств.

Основной целью профилактики является минимизация необоснованного использования мочевых катетеров и сокращение продолжительности их применения.

При проведении надзора оцениваются наличие документированных показаний к установке катетера, соблюдение асептической техники его установки, правильность фиксации, состояние закрытой дренажной системы, соблюдение правил ухода, положение мочевого приемника, предотвращение нарушения целостности системы и своевременность удаления катетера.

Ежедневно проводится оценка необходимости дальнейшего использования мочевого катетера. При отсутствии показаний катетер должен быть удален в максимально короткие сроки.

При появлении у пациента клинических признаков инфекции проводится обследование в соответствии с клиническими показаниями, включая лабораторную и микробиологическую диагностику.

Выявленные случаи КАИМП регистрируются и анализируются Департаментом инфекционного контроля с целью определения факторов риска и совершенствования профилактических мероприятий.

18.4. Надзор за инфекциями дыхательных путей (ВАП, VAP)

Надзор за инфекциями дыхательных путей проводится во всех структурных подразделениях медицинской организации, с усиленным контролем в ОРИТ и ОАРИТ, где пациенты имеют повышенный риск развития инфекционных осложнений вследствие тяжелого состояния, проведения искусственной вентиляции легких и применения других инвазивных методов лечения.

В рамках эпидемиологического надзора осуществляется активное выявление пневмоний, инфекций нижних дыхательных путей, инфекций, связанных с искусственной вентиляцией легких, а также других респираторных инфекций.

Контролируются соблюдение респираторной гигиены и этикета кашля, правильность использования медицинских масок и других средств индивидуальной защиты, соблюдение правил ухода за пациентами, находящимися на ИВЛ, выполнение мероприятий по профилактике аспирации и других факторов риска развития пневмонии.



При выявлении случаев гриппа, COVID-19 и других инфекций с эпидемиологическим значением организуются необходимые противоэпидемические мероприятия, включая изоляцию пациента, применение соответствующих средств индивидуальной защиты, ограничение контактов и проведение эпидемиологического расследования в соответствии с действующими требованиями.

18.5. Профилактика и эпидемиологический надзор за инфекциями у пациентов с LVAD

Пациенты с имплантированной системой механической поддержки кровообращения LVAD относятся к группе повышенного риска развития инфекционных осложнений вследствие наличия постоянного трансдермального компонента системы — driveline, а также длительного контакта медицинского устройства с внешней средой.

В связи с этим в НАО «Центр сердца Шымкент» организуется специализированное эпидемиологическое наблюдение за пациентами с LVAD, направленное на раннее выявление инфекции exit-site, driveline-инфекции и других инфекционных осложнений.

При каждом осмотре пациента проводится оценка состояния места выхода driveline (exit-site). Медицинский персонал обращает внимание на наличие гиперемии, отека, локального повышения температуры, болезненности, инфильтрации, кровянистого или гнойного отделяемого, неприятного запаха, нарушения целостности кожи и других признаков воспалительного процесса.

Профилактика инфекции у пациентов с LVAD включает строгое соблюдение правил обработки и выполнения перевязки. Все манипуляции проводятся с соблюдением гигиены рук, асептики и антисептики и с использованием соответствующих стерильных материалов.

При проведении перевязки необходимо исключить загрязнение driveline и зоны выхода устройства, обеспечить надежную фиксацию системы и предупредить натяжение, перегиб или механическое повреждение driveline.

Важной составляющей профилактики является обучение пациента и членов его семьи правилам ухода за LVAD, включая ежедневный контроль, правильную технику перевязки, соблюдение гигиены рук, предупреждение травмирования и натяжения driveline, а также необходимость немедленного обращения за медицинской помощью при появлении признаков инфекции.

Обучение проводится при выписке пациента и в дальнейшем при необходимости, а факт проведения обучения подлежит документированию.

При подозрении на инфекцию место выхода дренажной линии или driveline проводится клиническая оценка пациента с определением необходимости лабораторной и микробиологической диагностики. При наличии отделяемого его исследование проводится по клиническим показаниям с определением возбудителя и его чувствительности к антимикробным препаратам.

Полученные результаты микробиологических исследований анализируются Департаментом инфекционного контроля совместно с лечащим врачом с учетом клинической картины заболевания и профиля антибиотикорезистентности. Каждый подтвержденный случай инфекции, связанной с LVAD, подлежит обязательной регистрации и эпидемиологическому расследованию. При расследовании оцениваются возможные пути и факторы инфицирования, соблюдение техники ухода за exit-site, качество перевязок, соблюдение гигиены рук, наличие травм или натяжения driveline, состояние кожи, сопутствующие факторы риска, результаты микробиологических исследований и проводимое лечение.

По результатам эпидемиологического расследования разрабатываются корректирующие и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение повторных случаев инфекции. При необходимости проводится дополнительное обучение медицинского персонала, пациента и членов его семьи, пересматриваются методы ухода за LVAD и усиливается мониторинг соблюдения установленных требований.



Данные о пациентах с LVAD и выявленных инфекционных осложнениях используются для формирования аналитической отчетности, оценки эффективности профилактических мероприятий и совершенствования системы инфекционного контроля в НАО «Центр сердца Шымкент».

Особое внимание при эпидемиологическом надзоре за пациентами с LVAD уделяется предотвращению заноса и распространения микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью. При выделении резистентных микроорганизмов проводится оценка необходимости дополнительных противоэпидемических мероприятий, включая усиление стандартных мер предосторожности, соблюдение контактных мер предосторожности в соответствии с локальными требованиями и проведение целевого микробиологического мониторинга.

19. Поддержка со стороны микробиологических лабораторий

1) Микробиологические исследования от пациентов и с объектов внешней среды осуществляются на базе бактериологической лаборатории КДЛ «Олимп» по договору. Отработан механизм предоставления результатов с выявлениями инфекционных агентов: передача устных сообщений по критическим значениям; ежедневная сводка, ежемесячные отчеты на электронный адрес эпидемиологов Центра.

2) Ежедневный обзор результатов микробиологических исследований от пациентов проводятся в целях своевременного выявления проблем и вмешательства.

Микробиологический мониторинг проводится для оценки санитарно-эпидемиологического состояния организации.

3. Направления мониторинга:

- клинический материал пациентов;
- смывы с объектов внешней среды;
- медицинские изделия;
- оборудование;
- руки персонала;
- специальная одежда;
- воздух при необходимости;
- вода при необходимости.

4. Особое внимание уделяется выявлению госпитальных штаммов.

5. При выделении эпидемиологически значимого микроорганизма проводится анализ:

- фенотипа устойчивости;
- возможного источника;
- путей распространения;
- эпидемиологической связи между случаями.

20. Антимикробная резистентность

1. В организации проводится постоянный мониторинг антибиотикорезистентности.

2. Анализируются: частота выделения, MDR; MRSA; MRSE; MR-CoNS; CRPA; CRAB; CRE; другие устойчивые микроорганизмы.

3. Формируется локальный антибиотикограммный профиль Центра.

4. Результаты используются для:

- выбора эмпирической терапии;
- корректировки локальных протоколов;
- антибиотикопрофилактики;
- эпидемиологического анализа;
- программы антимикробного пейзажа.

21. Разработка стратегии и тактики использования антибиотиков: антибиотиков в разрезе отделений;

1) ежеквартальный анализ потребления и мониторинг используемых антибиотиков в разрезе отделений;



- 2) контроль назначения антибиотиков резервного ряда;
- 3) мониторинг антибиотикорезистентности выделенных от больных культур и своевременное назначение контактных мер предосторожностей.

22. Мониторинг и оценка программ ПИК (ПКИ.2.)

В Центре выделены отделения по группам риска:

- 1) Первая группа высокого риска - манипуляции и процедуры с высоким риском инфицирования - ИВЛ, ЦВК, оперативные вмешательства, люмбальная пункция при подозрении на менингит, пересадка органов и тканей (сердца), все операции отделения кардиохирургии и аритмологии.
- 2) Вторая группа среднего риска - малоинвазивные манипуляции как: Зондирование полостей сердца, коронарография, Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI), Эндопротезирование аневризм стент-графтом, имплантация ВАБК, зондирование, шунтирование (периферический катетер, внутримышечные инъекции), риск контакта с биологическими жидкостями.
- 3) Третья группа низкого риска - отсутствие манипуляции, связанных с нарушением целостности кожных покровов и контакта с биологическими жидкостями.

Мониторинг отделений проводится: первая группа - 2 раза в неделю, 2 и 3 группа - 2 раз в месяц.

Первая группа высокого риска	Вторая группа среднего риска	Третья группа низкого риска
-Отделение кардиохирургической анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, -Кардиохирургическое отделение, -Отделение интервенционной аритмологии с ЭФЛ, -Отделение реанимации и интенсивной терапии, - Операционное отделение с эфферентной терапией и ЦСО	-Отделение ангиографических исследований и радиологии, -Департамент клинической фармации -кабинет эндоскопии -№1,2 Кардиологическое отделение	-Приемное отделение, -Департамент лекарственного обеспечения, -Консультативно-диагностическое отделение

21. Изоляция пациентов

21.1. Пациенты с подозрением или подтвержденной инфекцией размещаются с учетом предполагаемого пути передачи.

21.2. Применяются:

- стандартные меры предосторожности;
- контактные меры;
- капельные меры;

меры защиты органов дыхания/воздушно-капельные меры в соответствующих ситуациях.

17.3. При выявлении MDR-микроорганизма проводится оценка необходимости дополнительных мер предосторожности.

17.4. Информация о необходимых мерах должна быть доступна персоналу.

22. Выявление и расследование случаев ИСМП

1) . Идентификации внутрибольничных инфекций, дифференциация внутрибольничных и внебольничных инфекции, основана на критериях, разработанных Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC).



Стандартные определения случаев инфекций пересматриваются по мере необходимости.

2) Случай ИСМП определяется на основании данных эпидемиологической диагностики, влияния факторов риска, присутствующих у больного (эндогенные факторы), и связанных с проведением медицинского вмешательства (экзогенные факторы), с учетом критериев определения внутрибольничных инфекций.

3) Инфекционные заболевания, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после выписки из нее, подлежат учету как ИСМП по данной медицинской организации.

4) Осложнения хирургических вмешательств, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение 30 суток после выписки, при наличии имплантата - в течение 90 суток после проведения операции.

6) Данные, на основании которых выявляются и затем классифицируются ИСМП, представляют собой различные комбинации клинических признаков, а также результатов лабораторных и других видов диагностических исследований.

7) Лабораторное подтверждение включает результаты посевов, иммунологических и микроскопических исследований.

8) Важным критерием наличия инфекции является диагноз хирурга, основанный на непосредственном наблюдении во время хирургического вмешательства, эндоскопического исследования, другой диагностической процедуры, или поставленный на основании клинических данных.

9) Для того, чтобы инфекция была классифицирована как нозокомиальная, не должно быть никаких признаков того, что эта инфекция присутствовала в манифестной форме или в инкубационном периоде к моменту госпитализации.

10) К категории ИСМП не относятся случаи, когда имеющая место инфекция представляет собой осложнение или продолжение инфекции, которые отмечались уже в момент госпитализации больного, за исключением случаев обнаружения нового патогенного микроорганизма, или изменение характера клинической симптоматики, позволяющих с высокой степенью вероятности заподозрить приобретение новой инфекции.

11) При установлении случая ИСМП проводится эпидемиологическое расследование, в ходе которого принимаются меры по выявлению источника инфекции, факторов и путей ее передачи, предупреждению репострадации новых случаев ИСМП.

12) При регистрации до 3 случаев ИСМП, зарегистрированных в одной медицинской организации в течение одного инкубационного периода (за исключением летальных случаев) эпидемиологическое расследование проводится госпитальным эпидемиологом медицинской организации и расценивается как вспышечная.

23. Порядок регистрации ИСМП

1) На каждый случай подозрения ИСМП заполняется экстренное извещение установленной формы, заполняемое лечащим врачом, выявившим или заподозрившим заболевание.

2) При подаче сведений о регистрации случая ИСМП указывается дата поступления в медицинскую организацию, дата появления признаков ИСМП, локализация, медицинские манипуляции, полученные ранее (отделение, виды лечебно-диагностических процедур).

3) Каждый выявленный случай внутрибольничной заболеваемости вносится в журнал учёта инфекционных заболеваний установленной формы №034/у.

4) Экстренное извещение направляется в государственные органы санитарно-эпидемиологической службы по телефону и электронной почте в течение 12 часов со дня установления диагноза.

5) При изменении или подтверждении диагноза экстренное извещение подается повторно.



6) В Центре применяются подходы для снижения рисков внутрибольничных инфекций путем эпидемиологического надзора, анализа данных и определение приоритетных мероприятий по следующим видам инфекций:

- инфекции кровотока (CLABSI);
- хирургическая раневая инфекция (SSI);
- вентилятор ассоциированная пневмония (VAP);
- инфекция, ассоциированная с использованием мочевого, катетера (CAUTI);
- эпидемиологически значимые инфекции (вызванные высокорезистентными штаммами VRE, MRSA, 4MRGN, BLRS и др.). в
- глобальные инфекции;
- вновь возникающие инфекции среди населения - ветряная оспа, корь, краснуха;
- парентеральные инфекции - вирусные гепатиты;
- инфекции репродуктивной системы - эндометриты;

24. Меры, принимаемые при возникновении инфекционных заболеваний, связанных с глобализацией общества.

1) Пациент с подозрением на инфекционное заболевание выявляется в первую очередь на этапе госпитализации в приемных отделениях. Не исключена возможность первичного выявления в других подразделениях вследствие неотложных состояний (угроза жизни) и отсутствие, каких-либо клинических и эпидемиологических признаков на момент поступления (инкубационный период, субклинические и атипичные формы течения заболеваний, здоровое носительство). Вследствие этого, кроме первичного барьера, в программу включены все отделения.

2) На этапе ожидания пациентом госпитализации в период сезонного подъема повышения заболеваемости (грипп, ОРВИ) и сообщениях о неблагоприятной ситуации по инфекционным заболеваниям (COVID-2019, ТОРС, SARS и другие) сотрудники приемных отделений проводят опрос о самочувствии пациента, при необходимости - термометрию, осмотр.

3) Сбор эпидемиологического анамнеза о посещении неблагоприятных стран по тем или иным ООиКИ в течении последнего месяца осуществляется в обязательном порядке. При этом ежемесячно ДИК предоставляет сотрудникам для ознакомления данные ВОЗ о регистрации ООиКИ.

4) Ежегодно пересматривается и утверждается приказ по Центру, о первичных действиях на случай COVID-2019, ООиК, геморрагических, лихорадок, ОРВИ, гриппа, где прописываются поэтапные действия сотрудников Центра.

5) Для своевременного реагирования на случай глобальных инфекций (COVID-2019, ООиК, ОРВИ, грипп и др.) ежегодно утверждается схема оповещения, которая обеспечивает оперативное информирование руководстве а, органы санитарно-эпидемиологического контроля (УСЭК).

6) Пациентов с признаками инфекционного заболевания помещают в изолятор до решения вопроса о дальнейших мероприятиях. После проведения осмотра и сбора эпидемиологического анамнеза, постановки предварительного диагноза принимается решение:

- отказ от госпитализации до полного выздоровления;
- в случае тяжелого состояния вследствие инфекционного заболевания рассматривается вопрос о госпитализации в инфекционный стационар;
- в случае ООиКИ действия проводятся в соответствии с оперативным планом мероприятий, утвержденного приказом на случай ООиКИ и пациент переводится в инфекционный госпиталь на основании комплексного плана г.Шымкент;
- если пациента необходимо госпитализировать в стационар по жизненным показаниям, то он изолируется согласно действующим правилам по изоляции, учитывая механизмы распространения инфекции (контактные, воздушно-капельные);



- 7) Учитывая, что в Центре оказывается специализированная помощь населению, стационар не может быть перепрофилирован под инфекционную больницу (госпиталь) в связи с повышением риска вспышки инфекционной заболеваемости.
- 8) Госпитализация пациентов осуществляется в плановом порядке, за исключением госпитализации по санитарной авиации и по жизненным показаниям, пациенты обследуются и осматриваются лечащими врачами по месту жительства на до госпитального этапа, и при отсутствии противопоказаний направляются на плановую госпитализацию в Центр. При этом предоставляется справка об эпидемиологическом окружении (отсутствие или наличие контакта по месту жительства с инфекционным пациентом, в том числе COVID-2019).
- 9) Центр обеспечивает изоляцию пациентов с подозрением на инфекционные заболевания соблюдением стандартных мер предосторожности в зависимости от механизма передачи инфекции. В дальнейшем решается вопрос о переводе в инфекционную больницу.
- 10) Пациенты с устойчивыми, резистентными микроорганизмами (MRSA; MRSE; ESBL; MRGN; VRE и др.) изолируются в отдельную палату.
- * MRSA — Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*
Метициллин-резистентный золотистый стафилококк. Вызывает инфекции кожи, легких, крови, устойчив к многим антибиотикам А.
- * MRSE — Methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis*
Метициллин-резистентный эпидермальный стафилококк. Часто вызывает инфекции, связанные с катетерами и имплантатами.
- * ESBL — Extended Spectrum Beta-Lactamases
Бактерии, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра. Устойчивы к пенициллинам и цефалоспорином. Часто встречаются среди кишечной палочки (*E. coli*) и *Klebsiella*.
- * MRGN — Multiresistente gramnegative Erreger
Многорезистентные грамотрицательные бактерии. Включают *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Enterobacteriaceae*. Устойчивы к нескольким классам антибиотиков.
- * VRE — Vancomycin-resistant *Enterococci*
Энтерококки, устойчивые к ванкомицину. Могут вызывать инфекции мочевыводящих путей, крови, ран.
- 11) Допускается групповая изоляция при идентичных заболеваниях.
Палаты заполняются поэтапно.
- 12) Пациентов, обратившихся на плановую госпитализацию с признаками инфекционных и паразитарных заболеваний, госпитализируют в, стационар: после полного выздоровления. При неотложных состояниях пациент госпитализируется в отдельную палату (изолируется).
- 13) Пациенты с иммунодефицитом первичным, либо вторичным, реципиенты органов, госпитализируются в отдельную палату.
- 14) Для госпитализации пациентов с воздушно-капельными инфекциями предусмотрено размещение в изолированных палатах, расположенных в блоке С (со стороны запасного выхода), а также в следующих подразделениях: кардиология №1 и №2, аритмология, ОРИТ, блок D отделения кардиохирургии, и изолятор приёмного покоя, находящийся в блоке А.
- 15) Надлежащая уборка и дезинфекция поверхностей и оборудования в палатах изолированных пациентов с инфекционными заболеваниями проводятся в соответствии с правилами проведения текущих с применением моющих и дезинфицирующих средств (не менее 2-х раз в день), генеральных (1 раз в неделю/месяц), заключительных дезинфекций (при переводе, выписке, смерти пациента).
- 16) при получении уведомления о росте инфекционной заболеваемости в эпидемический период и введении ограничительных мероприятий от органов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия вводятся ограничительные мероприятия: ограничение



посещения родственников, масочный режим (в особенности в приемных отделениях, отделениях, где ведется прием амбулаторных пациентов), устраивается фильтр пациентов для более эффективного и целенаправленного выявления.

17) Пациенты с известными или предполагаемыми инфекционными заболеваниями изолируются в отдельную палату (по типу инфекции), если инфекции вызваны резистентными штаммами микроорганизмов, выделяется отдельный пост. Персоналу, имеющему состояние иммунодефицита, беременность, запрещается работа с данной категорией пациентов (первичные и вторичные иммунодефициты), беременность, запрещается работа с данной категорией пациентов. О своем состоянии сотрудник по желанию сообщает непосредственному руководству.

18) Пациентам после трансплантации, получающим иммуносупрессивную терапию, выделяется отдельная палата, по возможности сроки госпитализации должны быть короткими. Не допускается контакт пациентов иммуносупрессией с инфекционными пациентами, путем изоляции.

19) При поступлении большого количества пациентов с контагиозными инфекционными заболеваниями, в том числе с воздушно-капельными инфекциями в случаях, когда не хватает существующих палат с отрицательным давлением, принимаются следующие меры:

- изоляция пациентов в отдельные палаты;
- обозначение дверей в соответствие с соответствующим знаком контактных мер предосторожностей;
- установка при входе палат тумбочек со всеми необходимыми средствами индивидуальной защиты (СИЗ) - маски, одноразовые халаты и т.д.;
- персонал обучен работе с такими пациентами.

25. Основные критерии, которые помогут заподозрить инфекцию:

- 1) наличие подъема температуры, сыпи или необычных поражений кожи за последние три недели;
- 2) наличие выездов у пациента за пределы страны, нахождение тесного контакта с лицами, кто путешествовал, выезжал за пределы страны; "
- 3) наличие у пациента и кого-либо из людей, с которыми были в контакте дома, на работе, в школе, респираторных признаков, кашля, одышки, затрудненного дыхания, жидкого стула за последние три недели.

26. Обращение с медицинскими отходами.

В Центре действует Программа по контролю и утилизации медицинских отходов, где прописаны меры по обеспечению безопасного использования и утилизации острых предметов и игл, безопасному обращению инфицированными отходами и биологическими жидкостями в отделениях и в комнате временного хранения отходов, меры по минимизации риска переноса инфекции в патологоанатомическом отделении.

Контролируются:

- сортировка отходов в месте образования;
- правильность маркировки;
- использование соответствующих контейнеров;
- сроки временного хранения;
- транспортировка;
- обеззараживание;
- передача специализированной организации;
- ведение документации.

Особое внимание уделяется недопущению смешивания отходов различных классов.

27. Питание пациентов

- 1) Центр обеспечивает пациентов, сотрудников, посетителей безопасным питанием, которое осуществляется на договорной основе с аутсорсинговой компанией.



- 2) В соответствии с договором сотрудники отдела инфекционного контроля, отдела менеджмента качества и безопасности пациента, администрации и другие службы проводят обходы пищеблока по мере необходимости.
- 3) В пищеблоке осуществляется санитарно-эпидемиологический контроль на всех этапах обращения пищевых продуктов: при приеме, хранении, приготовлении и выдаче готовой пищи. Контролируются сроки годности, температурные режимы, условия хранения, разделение сырой и готовой продукции, санитарное состояние помещений и оборудования, соблюдение правил личной гигиены работниками, прохождение ими медицинского контроля, а также проведение лабораторных исследований при необходимости.
- 4) Проведение обучения сотрудников, участвующих в цепочке предоставления питания, а также пациентов и ухаживающих лиц. по соблюдению режима питания в отделении, ознакомление со списком разрешенных и запрещенных в отделении продуктов.

Выявленные нарушения подлежат документированию, устранению и последующему контролю.

28. Здоровье сотрудников

В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний, связанных с медицинским обслуживанием, Центр проводит следующие мероприятия:

- 1) Задачами проведения медицинских осмотров персонала является обеспечение своевременного медицинского обследования, направленного:
 - на формирование и укрепление здоровья;
 - выявление и предупреждение распространения заболеваний, в том числе профессиональных, отравлений, несчастных случаев, обеспечение безопасности труда и охраны здоровья осуществляющих хозяйственную или производственную деятельность.
- 2) Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу с целью выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии, а также предупреждения общих, профессиональных: и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний с предоставлением подтверждающей документации: личная медицинская книжка.
- 3) При появлении каких-либо признаков вирусной или другой какой-либо инфекции сотрудник не выходит на работу во избежание разноса инфекции.
- 4) Сотрудник посещает поликлинику (согласно территориальному участку места жительства), получает лечение, после полного выздоровления допускается к работе при наличии допуска от лечащего врача.
- 5) Центр определяет персонал, подвергаемый риску и возможной передаче болезней, предупреждаемые путем вакцинации, и реализует программу вакцинации и иммунизации персонала.
- 6) В предэпидемический сезон гриппа вакцинация сотрудников проводится в рамках профилактических мероприятий. Сотрудники могут пройти вакцинацию за счет средств бюджета в медицинской организации по месту прикрепления к территориальному участку Центра, а также по желанию индивидуально по месту жительства в организациях здравоохранения, осуществляющих вакцинацию населения.
- 6) Информация о проведении вакцинации доводится до сотрудников заранее. Учет привитых работников осуществляется в установленном порядке.
- 7) Вакцинация сотрудников против гепатита В (3 серии) проводится в лечебно-профилактических организациях по месту жительства. В случае срока вакцинации против вирусного гепатита В более 10 лет, ревакцинация проводится после проведения исследования на маркеры вирусных гепатитов В.
- 8) Центр оценивает риски, связанные с не привитыми сотрудниками и определяет действия по сокращению риска вспышки инфекционных заболеваний.



9) Периодические обязательные медицинские осмотры проводятся с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного установления начальных признаков заболеваний; предупреждения общих, профессиональных нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний. Периодичность проведения обязательных периодических медицинских осмотров - 2 раза в год согласно приказа №131 МЗ РК.

10) Регламент прохождения медосмотров персоналом определяется, согласно перечню вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, и перечня работников, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, работающих на эпидемиологически значимых объектах.

11) Сотрудники проходят периодическое медицинское обследование: флюорография, терапевт, дерматовенеролог 1 раз в год; медицинские работники хирургического, гинекологического, акушерского профилей - обследование на яйца гельминтов, на сифилис, на носительство возбудителей: дизентерии, сальмонеллеза, брюшного тифа, паратифов А и В, патогенного стафилококка, через каждые 6 месяцев, обследуются на маркерную диагностику гепатита В и С, ВИЧ (бланк обязателен). Младший медицинский персонал проходит медицинский осмотр через каждые 12 месяцев.

12) Сотрудники, связанные с организацией питания проходят медицинское обследование: флюорографию, обследование на яйца гельминтов

- 1 раз в год; на сифилис, на носительство возбудителей дизентерий, сальмонеллеза, брюшного тифа, паратифов А и В, патогенного стафилококка - 2 раза в год; обучение санитарному минимуму, врачебный осмотр (терапевт, дерматовенеролог) - 1 раз в год.

13) Каждому сотруднику выдается медицинская форма в количестве 3 комплекта.

14) В целях защиты от инфицирования применяют индивидуальные средства защиты в соответствии с «Правилами использования средств индивидуальной защиты»

29. Безопасность инъекций и инфузий

1. Все инъекции и инфузии выполняются с соблюдением асептики.

2. Запрещается:

- повторное использование одноразовых шприцев;
- использование одного шприца для нескольких пациентов;
- хранение открытых растворов с нарушением инструкции;
- повторное использование одноразовых систем;
- нарушение правил обработки инъекционного поля.

3. Инфузионные системы, катетеры и соединения обрабатываются в соответствии с утвержденными СОП.

30. Профилактика уколов и контакта с кровью

1) Персонал обязан соблюдать правила безопасного обращения с острыми медицинскими изделиями.

2) Не допускается:

- повторное надевание колпачка на использованную иглу;
- передача острых предметов из рук в руки;
- переполнение контейнеров для острых отходов.

3) Каждый случай аварийной ситуации регистрируется и расследуется департаментом инфекционного контроля.

4) В случаях аварийной ситуации (прокол кожи, порез, контакт с биологической жидкостью потенциально инфицированного пациента)

ВИЧ/СПИД, медицинскому работнику проводят действия согласно постконтактной профилактики - то есть проводится осмотр, консультирование работника, наблюдение (повторные анализы крови через несколько месяцев) согласно алгоритму «Универсальные меры предосторожности при возможном контакте с биологическими жидкостями».



- 5) В каждом отделении ведется журнал для регистрации аварийных ситуаций, инцидентов, случаев укола иглой или порезов.
- 6) На случай разлития биологической жидкости, существует комплект защиты, во избежание растекания биологических жидкостей и возможного инфицирования персонала.
- 7) Обучение всего персонала, пациентов, членов семьи и всех других вовлеченных лиц в уходе за пациентом методам профилактики инфекций, в том числе, когда обновляются правила, процедуры, алгоритмы с акцентом! на важность их роли в борьбе с инфекцией.

31. Безопасность пациентов:

- 1) Все стационарные больные находятся под наблюдением инфекционного контроля. Служба ведет контроль на протяжении всего времени пребывания пациента в Центре.
- 2) В Центре разработано и применяется правило по использованию антибиотиков и предотвращению развития устойчивости к антимикробным препаратам департаментом клинической фармации.
- 3) Пациенты, поступающие на оперативное лечение, должны быть обследованы бактериологические: зев, мокрота при наличии кашля и рентгенологических показаний, катаральных явлений, при наличии клинических признаков сепсиса, температуры проводят обследование крови на стерильность. Забор материала проводят согласно утвержденным правилам и процедурам до начала антибиотикотерапии и согласно международным рекомендациям (CDC, WHO), предоперационный скрининг на носительство бактериологические исследования на патогенную флору и на наличие патогенного стафилококка, в том числе на носительство метицилин- и ванкомицинрезистентных стафилококков. Обследование на носительство бактериологические исследования на патогенную флору является эффективной мерой профилактики хирургических инфекций, включая ИОХВ (инфекции области хирургического вмешательства).
- 4) Обучение пациентов инфекционному контролю проводится сотрудниками отделения. Непрерывное обучение проводится с целью разъяснения особенностей ухода за раной и/или инвазивными приборами устройствами.
- 5) Пациент должен знать о возможных инфекционных осложнениях, связанных с пребыванием в Центре.
- 6) Сотрудники, не прошедшие медицинское обследование в установленные сроки не допускаются к работе с пациентами.

32. Правила посещения пациентов

Настоящие Правила разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР ДСМ-27 «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан» с учетом действующей редакции, приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151 «Об утверждении Санитарных правил “Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи”», пунктом 23 указанных Санитарных правил, а также локальными нормативными документами НАО «Центр сердца Шымкент» по инфекционной безопасности пациентов и внутреннего распорядка.

Правила разработаны с учетом профиля и особенностей лечебно-профилактического процесса, результатов оценки эпидемиологических рисков и направлены на обеспечение безопасности пациентов, посетителей и медицинских работников, соблюдение лечебно-



охранительного режима, профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), а также защиту прав и конфиденциальности пациентов.

В связи с нестабильной эпидемиологической ситуацией в стране и мире, в целях снижения эпидемиологических рисков, предупреждения распространения инфекционных заболеваний и обеспечения безопасности пациентов в НАО «Центр сердца Шымкент» устанавливается ограничительный режим посещения пациентов родственниками, другими членами семьи и законными представителями.

Ограничение посещений осуществляется с учетом состояния пациента, необходимости проведения лечебно-диагностических мероприятий, требований инфекционного контроля, санитарно-противоэпидемического режима и эпидемиологической ситуации. Порядок организации посещения пациентов

Общее время посещения: ежедневно с 17:00 до 19:00.

К одному пациенту одновременно допускается не более одного посетителя. Продолжительность посещения не должна превышать 5 минут. Посещение отделений аритмологии и кардиохирургии запрещено в связи с тем, что пациенты находятся на этапе подготовки к оперативным вмешательствам либо в послеоперационном периоде.

Разрешение на посещение выдает лечащий врач или заведующий отделением, а в их отсутствие — дежурный врач.

Посещение отделения интенсивной терапии и реанимации осуществляется в индивидуально установленное время в сопровождении медицинского работника.

В случае угрозы жизни пациента, терминального состояния или необходимости оказания особой психологической поддержки посещение может быть организовано вне установленного времени по решению врача.

3. Основания для отказа или временного ограничения посещения пациента

Отсутствие согласия пациента на посещение;

- Нестабильное или крайне тяжелое состояние пациента, ранний послеоперационный период;
- Проведение лечебно-диагностических процедур, перевязки, инвазивных вмешательств или реанимационных мероприятий;
- Изоляция пациента, подозрение на инфекционное заболевание или подтвержденная инфекция;
- Наличие у посетителя повышенной температуры тела, кашля, насморка, боли в горле, рвоты, диареи или других признаков инфекционного заболевания;
- Нахождение посетителя в состоянии алкогольного или иного опьянения, агрессивное поведение либо нарушение внутреннего распорядка отделения;
- Отказ посетителя от выполнения гигиены рук, использования маски или рекомендованных средств индивидуальной защиты;
- Введение официальных ограничительных мероприятий, в том числе карантина;
- Возникновение угрозы безопасности, спокойствию или конфиденциальности других пациентов.

При наличии клинической возможности пациенту предоставляются условия для общения с родственниками посредством телефонной или видеосвязи.

Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляют заведующий отделением, дежурный врач, департаментом инфекционного контроля, а также Департамент менеджмента качества и безопасности пациентов в пределах своей компетенции.

33. Гигиена рук

1. Гигиена рук является обязательным элементом ПИИК.

2. Контроль проводится в соответствии с «5 моментами гигиены рук»:

- до контакта с пациентом;
- до асептической процедуры;



- после риска контакта с биологическими жидкостями;
- после контакта с пациентом;
- после контакта с предметами в окружении пациента.

3. Мониторятся в отделения:

- наличие и расход антисептика;
- наличие и расход жидкого мыла;
- наличие одноразовых полотенец;
- доступность средств у места оказания помощи;
- техника обработки рук;
- соблюдение показаний к обработке;
- использование перчаток.

4. Результаты аудита предоставляются подразделениям с последующей обратной связью. Группой гигиены рук производится наблюдение выполнения 5 моментов гигиены рук. Всеми сотрудниками проходит обучение пациентов и законных представителей пациента гигиены рук по уходу за раной и инвазивными процедурами

34. Медицинское оборудование, инструменты и расходные материалы

- 1) Дезинфекция проводится разрешенными к применению средствами.
- 2) Одноразовые инструменты и медицинские изделия запрещено использовать повторно и они должны быть утилизированы.
- 3) Медицинские изделия с истекшим сроком годности, одноразовые - не допускаются к повторному использованию и утилизируются;
- 4) Многократные медицинские изделия направляются на пере стерилизацию в ЦСО
- 6) Жидкое мыло, антисептики одноразовые полотенца, доступные в зонах, где требуется гигиена рук (туалеты, процедурные, палаты, входы в отделения).
- 7) Использованное белье пациентов дезинфицируется и стирается в прачечной согласно утвержденным процедурам. Белье в отделениях собирается в мешки без предварительного разбора и сортировки. Инфицированное белье собирается отдельно в непромокаемые мешки, дезинфицируется и стирается отдельно.
- 8) В прачечной проводится дезинфекция белья хлорсодержащими препаратами в установленных концентрациях.
- 9) Дезинфекция и стерилизация медицинских инструментов, МИ проводится централизованно в ЦСО. Инструменты и МИ транспортируются в ЦСО, где они проходят все этапы обработки. Основные этапы: сбор и безопасная транспортировка; предварительная очистка; предстерилизационная очистка; контроль качества очистки; упаковка; стерилизация; контроль стерилизации; хранение стерильных изделий.

Контролируются:

- концентрация рабочих растворов;
 - экспозиция;
 - температура;
 - срок годности раствора;
 - маркировка емкостей;
 - правильность приготовления растворов;
 - ведение журналов;
 - результаты контроля качества ПСО;
 - результаты химического и биологического контроля стерилизации.
- 10) Чистые, стерильные инструменты, МИ, перевязочный материал хранится в хорошо проветриваемом специально выделенном месте, защищенном от пыли и перепадов температур, при относительной влажности не более 65 %.
 - 11) Инструменты, МИ, расходный и перевязочный материал не используются по истечении сроков годности.



12) Медицинское оборудование и МИ по степени контакта с организмом человека риск инфицирования пациента подразделяются на три группы:

критические МИ - инструменты и оборудование, непосредственно контактирующие с тканями, полостями или кровеносным руслом человека;!

полукритические МИ - инструменты и оборудование, контактирующие с неповрежденных слизистыми оболочками.

некритические МИ - инструменты, оборудование и предметы ухода, контактирующие с неповрежденным кожным покровом.

13) Критические МИ подвергаются стерилизации, полукритические-дезинфекции высокого риска и среднего уровней, некритические-дезинфекции среднего и низкого уровней.

35. Уборка и дезинфекция помещений

1) В каждом подразделении утверждаются: график уборки; алгоритмы текущей уборки; алгоритм генеральной уборки; перечень применяемых средств; концентрации растворов экспозиция.

2.) Особое внимание уделяется зонам высокого риска: ОРИТ; ОАРИТ; операционный блок; ангиография; процедурные; перевязочные; изоляторы; помещения для пациентов с MDR.

3) Особо обрабатываются поверхности частого контакта: поручни; дверные ручки; кнопки; медицинское оборудование; поверхности рабочих столов; мониторы; инфузионные насосы; кровати; тумбы согласно утвержденному СОП

4) Текущая уборка проводится не менее 2 раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Для текущей и генеральной уборки используется специализированные МОПы и салфетки, которые после уборки централизованно дезинфицируются и стираются в прачечной по графику. Генеральная уборка проводится по графику не реже 1 раза в месяц. Заключительная уборка проводится по мере выписки пациентов. Текущая и заключительная дезинфекция в палатах пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями, носителями резистентных микроорганизмов проводится дезинфицирующими средствами и концентрациями рекомендованными службой эпидемиологического контроля по согласованию. Рекомендуется использование бесконтактной дезинфекции. По окончании заключительной уборки проводится выборочный контроль качества дезинфекции.

36. Здание и сооружения

1) Снос, строительство и реконструкция зданий проводится при наличии заключений на проведение работ и после согласования с органами, уполномоченными в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия. При наличии текущего строительства (ремонта) проводится предварительная оценка риска строительства и оценка риска инфекционного контроля и планы для смягчения выявленных рисков.

2) Здание центра соответствует требованиям санитарным правил.

3) Инженерный контроль включает: контроль освещения, микроклимата, питьевой воды, воздуха.

4) При использовании лазерных установок специалисты, осуществляющие работу в зависимости от производимых процедур должны оценить наличие образования «хирургического» дыма.

5) Специалисты, участвующие в процедуре лазерной терапии должны пройти специальную подготовку, опыт по использованию лазерного устройства, обучение по инфекционной безопасности при работе с лазерными установками и своевременно проходить медицинский осмотр.

6) Меры инфекционной предосторожности;



- дымоотсосы следует использовать в ситуациях, когда образуется значительный шлейф, а системы вытяжки через стены следует использовать для контроля небольшого количества дыма при наличии соответствующей вентиляции воздуха в помещении;
- строгое ношение при проведении процедуры лазерной терапии специальных защитных очков для работы с лазерной системой всех находящихся в зоне воздействия лазера, обеспечивающее в том числе исключение попадания биологического материала в слизистые глаза;
- использовать правильно подогнанный респиратор с фильтрующей маской (например, N95), а не хирургическую или лазерную маску, особенно в ситуациях, когда отсутствует вентиляция или работает неправильно. Защита органов дыхания должна быть по крайней мере такой же защитной, как и прошедшая проверку на соответствие фильтрующей маске респиратора N95 при работе с известными случаями передачи заболеваний (например, ВПЧ) и/или во время процедур образования аэрозолей, или с заболеваниями, передаваемыми через аэрозоль (например, туберкулез, COVID-2019);
- после проведения процедур составные части лазерного оборудования и поверхности помещения подвергаются тщательной очистки и дезинфекции, разрешенными дезинфицирующими средствами в РК;
- персонал осуществляющий очистку и дезинфекционную обработку лазерных оборудования должен использовать СИЗ (маски медицинская, защитные очки, халат одноразовый, нестерильные перчатки), соблюдение гигиены рук до и после проведения очистки и дезинфекции, утилизаций использованного материала, в том числе биоматериала в соответствии с классификацией классов медицинских отходов.

6.3 Документирование процедуры

34. Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:

- 1) Форма №034/у
- 2) Журнал учета инфекционных заболеваний;
- 3) Протокол заседания КИК

37. Обучение персонала

1. Все сотрудники проходят обучение по инфекционному контролю при приеме на работу и далее регулярно. Обязательные темы:

- гигиена рук;
- стандартные меры предосторожности;
- СИЗ;
- дезинфекция;
- стерилизация;
- обработка медицинских изделий;
- профилактика ИСМП;
- профилактика инфекций кровотока;
- профилактика инфекций области хирургического вмешательства;
- профилактика катетер-ассоциированных инфекций;
- антибиотикорезистентность;
- обращение с медицинскими отходами;
- действия при аварийных ситуациях;
- изоляция пациентов;

профилактика распространения MDR.

2. Обучение проводится в форме: лекций, практических занятий, тренингов, демонстрации навыков, симуляционного обучения, тестирования, аудита практических навыков.

3. Результаты обучения документируются в виде протокола.

**38. Аудит и трейсеры**

1. Для оценки эффективности ПИИК проводится регулярный внутренний аудит.
2. Направления аудита и трейсера:
 - гигиена рук;
 - СИЗ;
 - катетеры;
 - обработка медицинских изделий;
 - стерилизация;
 - уборки;
 - обращение с отходами;
 - антибиотикопрофилактика;
 - изоляция;
 - микробиологическая безопасность;
 - ведение документации.
3. Трейсер проводится непосредственно в подразделении путем наблюдения за процессом оказания медицинской помощи.
4. По результатам составляется служебная записка с указанием:
 - выявленного несоответствия;
 - риска;
 - причины;
 - ответственного подразделения;
 - корректирующего мероприятия;
 - профилактического мероприятия;
 - ожидаемого результата.

39. Система обратной связи

1. Результаты мониторинга доводятся до:
 - руководителей подразделений;
 - департаменту инфекционного контроля
 - старших медицинских сестер;
 - медицинского персонала;
 - руководства Центра;
 - Комиссии по инфекционному контролю.
2. При выявлении критических нарушений обратная связь предоставляется незамедлительно.
3. Результаты мониторинга используются для разработки корректирующих мероприятий. Все проделанные работы документируются и доводятся до председателя комиссии по инфекционному контролю и заместителю председателя комиссии инфекционного контроля .



Лист ознакомления персонала

№	Ф.И.О. сотрудника	Должность	Дата	Подпись
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				



Лист регистрации изменений:

[illegible]