**Тема: Санитарно-противоэпидемический режим в ЛПУ. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи**

**Цели занятия:**

**Слушатель должен знать:**

1. Организацию инфекционного контроля и обеспечение инфекционной безопасности пациентов и персонала медицинского учреждения.
2. Санитарно - гигиенические требования к буфетным отделениям.
3. Санитарное содержание по­мещений, оборудования, инвентаря.
4. Бельевой режим, личную гигиену больных и обслуживающего медицинского персонала.
5. Противоэпидемиологические мероприятия по борьбе с инфекционными заболе­ваниями, проводимые в ЛПУ.
6. Понятие об ИСМП. Пути передачи.
7. Причины роста ИСМП.
8. Роль медицинской сестры терапевтического отделения в профилактике ИСМП.
9. Противоэпидемические мероприятия в ЛПУ, направленные на профилактику ИСМП.
10. Регламентирующие приказы и инструкции по профилактике ИСМП.
11. Возбудитель ВИЧ-инфекции. Пути передачи.
12. Санитарно-просветительная работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди населения.
13. Меры профессиональной безопасности парентеральных инфекций.

 **Санитарно-противоэпидемический режим в ЛПУ.**

**Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи**

**Инфекционная безопасность** – это комплекс санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических мероприятий, направленных на  предупреждение занесения и распространения инфекции в данных учреждениях. Инфекционная безопасность в учреждениях здравоохранения достигается соблюдением в первую очередь санитарно-противоэпидемического режима. Территория больницы должна быть в удовлетворительном санитарном состоянии, уборка которой проводится постоянно. Для сбора мусора устанавливаются мусоросборники с плотно закрывающимися крышками. Должна быть зона для прогулок и отдыха больных, беседки, скамейки. Территория должна освещаться в темное время суток, иметь клумбы с цветами и зеленые насаждения, иметь хорошие подъездные пути. В ЛПУ, являющихся клиниками, должны быть дополнительные помещения для студентов и преподавательского состава, включая раздевалки, туалеты, кладовые, обособленные от основных функциональных подразделений больницы. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений ЛПУ. Плохая вентиляция способствует не только появлению неприятных запахов, но и бактериальной зараженности воздуха. Смена белья больным производится не реже 1 раза в 7 дней. Допускается нахождение в стационаре больных в домашней  [**одежде**](http://www.medical911.ru/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/)  при условии еженедельной смены родственниками (кроме инфекционных, акушерских, послеоперационных и кожно-венерологических отделений). Для больного в отделении выделяют индивидуальные средства ухода: стакан (чашка или кружка), при необходимости поильник, подкладное судно и др. в соответствии с требованиями санитарно – противоэпидемического режима и спецификой отделения. Гигиеническая помывка больных проводится не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Обслуживающий медицинский персонал ЛПУ должен быть обеспечен комплектами сменной рабочей (санитарной) [**одежды**](http://www.medical911.ru/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/): халатами, шапочками или косынками, сменной [**обувью**](http://www.medical911.ru/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену санитарной одежды. Нахождение в рабочих халатах и сменной [**обуви**](http://www.medical911.ru/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/) за пределами ЛПУ запрещается. Посещение больных разрешается без верхней одежды и головного убора, в чистой [**обуви**](http://www.medical911.ru/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/), в санитарной одежде (т.е. в халате или накидке). Помещения ЛПУ должны иметь естественное освещение. Освещение вторым светом или только искусственное допускается в кладовых, клизменных, комнатах личной гигиены, санузлах при палатах, душевых, гардеробных для персонала и некоторых других. Для защиты от слепящего действия и перегрева окна допускаются козырьки, жалюзи, доступные для мытья и дезинфекции. Шторы допускаются в качестве временных солнцезащитных приспособлений. В каждой палате имеются настенные комбинированные светильники и специальный светильник ночного освещения.

**Инфекционный контроль** — это система организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, которая базируется на результатах эпидемиологиической диагностики. Целью инфекционного контроля является снижение заболеваемости, легальности и экономического ущерба от внутрибольничных инфекций ([ВБИ](http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=30) или ИСМП)
Для достижения этой цели разработаны конкретные комплексы мероприятий для ЛПУ разной специализации. Система инфекционного контроля включает восемь аспектов.

**1. Структура управления и распределение обязанностей по инфекционному контролю.**

Каждое ЛПУ должно иметь комитет инфекционного контроля, полномочия которого распространяются на все его подразделения и службы. В состав комитета входят председатель (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник эпидемиолога, главная медицинская сестра и врачи-специалисты (хирург, терапевт, инфекционист и т.д.). Состав комитета может быть расширен за счет привлечения других специалистов, исходя из профиля ЛПУ. Комитет инфекционного контроля решает вопросы распределения обязанностей и обеспечения мероприятий по инфекционному контролю, согласовывает проводимые мероприятия с администрацией ЛПУ и координирует их.

**2. Система учета и регистрации ИСМП**

Принципиальное положение этого направления — наличие в стационаре системы активного
выявления госпитальных инфекций. Перечень ВБИ, подлежащих регистрации и учету, определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2003 г. № 2510/2921-03-24 «О профилактике внутрибольничных инфекций в Российской Федерации» и письмом Министерства здравоохранения СССР от 2 сентября 1987 г. № 28-6/34 «Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями».

**3. Микробиологическое обеспечение инфекционного контроля.**

Необходимые микробиологические исследования своевременно и полно выполняют на базе клинико-диагностической лаборатории учреждения или на договорных условиях с внешней лабораторией.
Объем и качество микробиологических анализов должны соответствовать микро-экологическим условиям данного ЛПУ. По результатам исследований специалисты анализируют и оценивают
чувствительность выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, [дезинфектантам](http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=104:sredstvadezinfekcii&catid=9:dezinfekciya&Itemid=35), антисептикам и физическим факторам воздействия. Создание базы данных штаммов, полученных в микробиологической лаборатории, обеспечивает проведение полноценного эпидемиологического анализа.

**4. Эпидемиологический анализ**

Эпидемиологический анализ проводится в соответствии с четко сформулированными целями
и задачами, исходя из потребностей и особенностей данного ЛПУ. Он невозможен без информационного обеспечения. Для этого используют стандартные и специально разработанные учетные формы, а также компьютерные базы данных. Обработка полученной информации проводится общепринятыми методами эпидемиологического анализа:
• ретроспективным — на его основе формулируются гипотезы о ведущих факторах, причинах и условиях возникновения ВБИ в данном ЛПУ;
• оперативным — диагностика фазового состояния эпидемического процесса ВБИ, слежение за формированием госпитальных штаммов и прогноз эпидемической ситуации.
Результаты эпидемиологического анализа своевременно и регулярно сообщают администрации и комитету инфекционного контроля ЛПУ.

**5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля.**

Реализация данного направления предполагает разработку инструкций, указаний, алгоритмов эпидемически безопасных диагностических и лечебных процедур, а также проведение эффективных процедур стерилизации, дезинфекции и обработки рук персонала. В [ЛПУ](http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=22) должна быть разработана и применена адекватная технология использования антибиотиков, антисептиков и других средств лечения и профилактики ВБИ с учетом микробиологических данных о резистентности циркулирующих штаммов.

**6. Обучение персонала.**

Приоритетным направлением данного аспекта является разработка дифференцированных программ для обучения специалистов разного профиля по проблемам инфекционного
контроля с учетом специфических особенностей ЛПУ. Следует обязательно проводить обучение персонала в области инфекционного контроля при приеме на работу и в дальнейшем регулярно
продолжать его.

**7. Охрана здоровья персонала.**

Основу этого направления составляют:
• выявление и оценка профессиональных факторов риска в данном ЛПУ;
• подготовка и анализ соответствующей информации;
• разработка и внедрение программ профилактики профессиональной заболеваемости.

**8. Охрана здоровья пациентов.**

Направление заключается в выполнении медицинской сестрой требований санитарно-противоэпидемического режима:
• соблюдения чистоты самого пациента, белья, посуды, предметов личной гигиены, предметов ухода, помещения;
• предотвращения распространения инфекции.
Ухаживая за больным, [медицинская сестра](http://www.yamedsestra.ru/) должна помнить, что при несоблюдении санитарно-противоэпидемического режима можно заразиться от него инфекционным заболеванием или
заразить другого больного.

**Целью** инфекционного контроля являются снижение заболеваемости, летальности и экономического ущерба от внутрибольничных инфекций. . Требования к выполнению санитарно-противоэпидемического и стерилизационно-дезинфицирующего режимов регламентируются приказами МЗ СССР № 288/76, № 720/78, МЗ РФ № 170/94, ОСТом 42 21-2-85 и методическими указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения МУ-287-Ш от 30.12.98 г. и СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58)

Врач-эпидемиолог медицинской организации, согласно Национальной концепции, обосновывает и организует мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости ИСМП (инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи).

Согласно Санитарным правилам и нормам (СанПиН) 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность” (зарегистрированы в Минюсте России 09.08.2010 № 18094, утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58) в медицинской организации должна быть создана комиссия для улучшения координации работы по профилактике ИСМП под руководством главного врача.

Основные задачи комиссии: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа; разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации; координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Ресурсы для обеспечения мер профилактики ИСМП – это:

• достаточное количество квалифицированного персонала, особенно среднего персонала, в отделениях интенсивной терапии и реанимации

• капитальные вложения (строительство и ремонт, создание необходимых условий для пребывания пациентов, подразделений, оснащенных современным оборудованием);

• текущие затраты для обеспечения ИСМП.

Обоснованность затрат на профилактику ИСМП подтверждена во многих исследованиях. Эти затраты позволяют избежать значительных расходов, связанных с последствиями ИСМП. В США дополнительные прямые затраты на один случай ИСМП в стационаре достигают 19 430 долл. США.

Из-за удлинения сроков пребывания больных в стационаре вследствие ИСМП увеличиваются затраты на питание и предметы ухода, возрастает количество используемых медикаментов, число медицинских процедур, лабораторно-инструментальных исследований. Все это – прямые затраты, связанные с ИСМП.

Комплексные обучающие программы для персонала способствуют лучшему выполнению требований, предъявляемых к обработке рук. Примером является Австралийская национальная инициатива по гигиене рук, направленная на внедрение рекомендаций ВОЗ.

Основные положения программы обучения медицинских работников обработке рук:

**1. Цель обучения**: внедрение «5 правил гигиены рук» ВОЗ. Эти правила подразумевают, что персонал тщательно обрабатывает руки:

• до и после контакта с пациентом и его личными предметами;

• после проведения медицинской манипуляции, контакта с биологическими жидкостями;

• после снятия медицинских перчаток;

• до и после контакта с медицинским оборудованием.

**2. Выявленные барьеры и заблуждения**– по мнению медицинских работников (результаты опроса):

• средства для гигиены рук вызывают раздражение и сухость кожи;

• в повседневной практике большее внимание уделяется медицинской процедуре, чем обработке рук;

• заблуждения – использование перчаток заменяет необходимость обработки рук;

• имеется дефицит рабочего времени для обработки рук;

• персонал не знает о существовании протокола по обработке рук;

• бытует мнение, что “все так делают”;

• заблуждения – персонал не верит в возможность распространения микроорганизмов через руки.

**3. Основные темы обучения**:

• ИСМП: определение;

• актуальность профилактики ИСМП;

• распространение инфекций в стационаре и роль медицинского персонала в предупреждении ИСМП;

• значение правильной обработки рук для снижения заболеваемости ИСМП;

• “5 правил гигиены рук” ВОЗ;

• технология обработки рук;

• [использование антисептиков](http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=75918);

• обработка рук при оказании медицинской помощи.

**4. Формат занятий**:

• регулярные занятия с использованием презентаций и интерактивных методов;

• видеофильмы с демонстрацией обработки рук;

• онлайн-поддержка и консультирование с помощью интернет-сайта.

**5. Контроль**:

• контроль знаний и навыков до и после обучающей программы;

• контроль обработки рук всем персоналом с помощью наблюдения с использованием контрольных листов;

• опрос персонала и пациентов.

**6. Неформальная поддержка**:

• собрания персонала с представлением результатов оценки;

• пропаганда правильной обработки рук с помощью визуальной поддерживающей информации – плакатов, наклеек, соревнования в коллективе и т. п.;

• поддержка руководителей и других уважаемых в коллективе людей, которые повседневно демонстрируют правильную обработку рук.

**7. Вовлечение пациентов**:

• информирование;

• получение отзывов;

• обучение;

• взаимодействие;

• информирование пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, о профилактике ИСМП и изучение их мнения (основополагающие меры для оказания безопасной и эффективной медицинской помощи).

Основные организационные этапы внедрения мер для предупреждения ИСМП следующие:

• четкое определение требований к предупреждению ИСМП в приказах, протоколах, инструкциях и других нормативных актах;

• обеспечение персонала ресурсами для их выполнения;

• обучение персонала;

• предоставление времени для изменения практики с организацией поддержки;

• аудит внедрения практик.

Любые клинические протоколы должны соответствовать российским нормативным требованиям и быть основаны на принципах доказательной медицины, которая подразумевает объединение лучших доказательств, полученных в исследованиях, с клиническим опытом врача, предпочтениями пациента и конкретными обстоятельствами.

Наиболее достоверными признаются рекомендации, полученные с помощью систематического обзора рандомизированных исследований. Подобные исследования позволяют оценить и сопоставить пользу и риск от того или иного вида медицинского вмешательства. Регулярно появляются новые убедительные данные, которые могут иметь большое значение для организации мероприятий по профилактике ИСМП, с которыми необходимо знакомиться медицинским специалистам.

После принятия протоколов и других необходимых локальных нормативных актов в каждой медицинской организации руководством должно быть определено время для внедрения мер, направленных на предупреждение ИСМП. Время, необходимое для их внедрения, в значительной степени зависит от подготовленности персонала, доступности ресурсов и сложности выполнения этих практик.

**Национальная концепция** профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденная Главным санитарным врачом РФ в 2011 г., вводит более широкое понятие «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (ИСМП) вместо термина «внутрибольничная инфекция» (ВБИ).

**ИСМП**— это случаи инфекции, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и не только), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Развитие ИСМП может быть связано с любыми патогенными и условно-патогенными возбудителями инфекционных заболеваний (бактерии, вирусы, грибы, прионы). Наиболее частые возбудители ИСМП у пациентов — это условно-патогенные бактерии, такие как золотистый стафилококк, кишечная палочка, клебсиелла, клостридия диффициле, синегнойная палочка и не только, а также респираторные вирусы.

Возникновение ИСМП у пациента и медицинского работника может быть связано как с внутренними (эндогенными), так и внешними (экзогенными) факторами. Эндогенная инфекция обусловлена активацией в организме человека условно-патогенной флоры, в первую очередь желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В связи с нарушением защитного барьера слизистой ЖКТ есть риск проникновения микроорганизмов из кишечника непосредственно в кровь (то есть развитие сепсиса). Экзогенное инфицирование происходит в результате контакта с источником ИСМП. Основные из них в лечебном учреждении — пациенты и медицинские работники, хирургические инструменты и окружающая среда, то есть все предметы и оборудование. Инфекция может передаваться от пациента к медицинскому работнику и наоборот, а также от пациента или медработника в окружающую среду, среди медперсонала и пациентов.

**Механизмы и пути передачи инфекций, в том числе ИСМП, следующие:**

1. Контактный механизм:

— прямой контакт источника инфекции с кожей или слизистыми;
— опосредованный контакт с очагом инфекции через объекты больничной среды.

2. Аспирационный механизм:

— воздушно-капельный путь (фактор передачи — воздух, содержащий возбудителя);
— воздушно-пылевой путь (фактор передачи — инфицированная пыль, постельные принадлежности).

3. Фекально-оральный механизм:

— водный путь (фактор передачи — инфицированная вода);
— пищевой путь (фактор передачи — инфицированные пищевые продукты);
— контактно-бытовой путь (фактор передачи — инфицированные бытовые предметы).

4. Артифициальный (искусственный) механизм (заражение организма во время любых манипуляций с медицинским инструментарием).

5. Вертикальный механизм передачи при внутриутробном заражении (от матери к ребенку).

6. Трансмиссивный механизм реализуется с помощью кровососущих переносчиков (фактор передачи — комары, вши, клещи и т. д.).

Наиболее **уязвимы** новорожденные, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, а также больные с ослабленным иммунитетом. К особой категории относятся пациенты с онкогематологическими заболеваниями из-за развития вторичного иммунодефицита на фоне проведения интенсивных курсов химиотерапии, вызывающих выраженное нарушение естественных кожных и слизистых барьеров.

К **группе риска** также относятся все, кто подвергаются хирургическим вмешательствам. Если перечислить отделения стационара с повышенным риском развития ИСМП, то к ним в первую очередь относятся реанимация и хирургия.

Чаще всего ИСМП проявляются в виде гнойно-септических инфекций (около 80%). Как правило, это послеоперационные гнойные осложнения. Преобладание той или иной клинической формы проявления ИСМП и причины ее возникновения зависит от региона, типа стационара, отделения, контингента пациентов. В одних стационарах преобладает экзогенная инфекция (родовспомогательные учреждения), в других — эндогенная (онкологические стационары). Например, в роддомах у родильниц основной клинической формой ИСМП являются эндометриты (воспаление слизистой оболочки матки) и нагноения послеоперационных швов, у новорожденных — конъюнктивиты и инфекционные заболевания кожи.

Внутрибольничные инфекции отличаются от внебольничных инфекций агрессивностью этиологического фактора. Под влиянием условий внутрибольничной среды возбудители ИСМП приобретают способности госпитальных штаммов, то есть становятся устойчивыми к антибиотикам, дезинфекционным агентам. Особенности внутрибольничных штаммов значительно затрудняют лечение инфекций, их деконтаминацию, расследование вспышек. Если рассмотреть мировую тенденцию, в последние годы наиболее значимое опасение вызывает распространение мультирезистентных штаммов грамотрицательных микробов.

 **Д**ля предотвращения распространения возникшей ИСМП в стационаре необходимо организовать комплекс мероприятий:

— В первую очередь, в отношении источника инфекции (больного): своевременное выявление, адекватное лечение с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам, при необходимости — изоляция.
— В отношении разрыва механизма передачи инфекции: при аспирационных инфекциях — снижение в воздухе концентрации зараженных частиц при помощи различных технических методов (от проветривания до использования современных автоматических систем дезинфекции — генераторов аэрозолей, например, распыляющих раствор перекиси водорода и ионов серебра).
— При контактных инфекциях — проведение гигиенической и хирургической обработки рук с соблюдением техники, деконтаминация поверхностей.
— При инфекциях с фекально-оральным механизмом передачи — обеспечение безопасности пищевых продуктов, обучение пациентов и персонала гигиеническим навыкам, гигиеническая обработка рук, деконтаминация поверхностей.
— При артифициальных инфекциях — обеспечение дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизация изделий медицинского назначения (ИМН), использование одноразовых ИМН, обеспечение безопасности переливания крови, обработка инъекционного и операционного полей, обработка рук персонала перед манипуляциями, организация безопасной системы обращения с отходами, соблюдение персоналом техники безопасности работы; при трансмиссивных заболеваниях (например, через укусы клопов, вшей) — организация дезинсекции и дератизации.
— В отношении восприимчивого организма: организация ограничительных и карантинных мероприятий, локализация очага (определение круга контактных лиц (родные и близкие больного, медперсонал), организация медицинского наблюдения за ними, профилактическое лечение, иммунизация).

На сегодняшний день достоверно доказано, что наиболее эффективный метод предотвращения развития ИСПМ — это введение в практику программ скриннингового обследования пациентов, в первую очередь групп риска, с целью скорейшего выявления колонизации пациентов клинически значимыми резистентными микроорганизмами (нечувствительные к определенным, а в некоторых случаях ко всем группам антибиотиков). Профилактический комплекс мероприятий по предупреждению возникновения ИСМП включает:

— В отношении источника инфекции: выявление больных инфекционными болезнями, поступающих в стационар, организация предварительных и периодических медицинских осмотров среди медицинского персонала, обеспечение диагностики инфекционных болезней.
— В отношении разрыва механизма передачи инфекции: организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, дезинсекция и дератизация, составление и выполнение программы производственного контроля, обучение медицинского персонала, организация безопасной системы обращения с отходами, организация стирки белья, обеспечение безопасности пищевых продуктов и т.д.
— В отношении восприимчивого организма: определение групп риска по возникновению ИСМП как среди пациентов, так и персонала, проведение антибиотикопрофилактики, повышение специфического (приобретенного) и неспецифического (врожденного) иммунитета среди медицинского персонала и пациентов, например, за счет вакцинации или приема витаминов, ранняя выписка пациентов, преобладание амбулаторного над стационарным этапом лечения, организация дневных стационаров и т. д.

Организует мероприятия по профилактике ИСМП руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/заместитель по медицинской части. В проведении профилактического комплекса мероприятий по предупреждению ИСМП важную роль играет каждый сотрудник клиники от руководителя до младшего медицинского персонала (сотрудника клининговой компании). Немаловажным является формирование осознания личного вклада каждого сотрудника в профилактику ИСМП, а значит успешное лечение пациентов.

**Минимальные стандартные требования:** соблюдение техники обработки рук до и после манипуляции, соблюдение техники обработки инъекционного поля спиртосодержащими антисептиками, применение одноразовых перчаток, одноразовых шприцев и игл.

Все нормативы утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» в разделе «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля». Медицинский персонал в ежедневной работе также руководствуется Европейским стандартом обработки рук (EN-1500) для минимизации риска нарушений операционной стерильности.

**Текущие и генеральные уборки** в палатах проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры. При появлении в стационаре ВБИ — по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

Рекомендуется применение дезинфицирующих средств, совмещающих мойку и дезинфекцию. Дезинфекции должны подвергаться все доступные поверхности, для труднодоступных поверхностей удобно применять автоматические системы дезинфекции помещений с применением раствора перекиси водорода и ионов серебра. После каждой уборки необходимо проводить обеззараживание воздуха, особенно при генеральной уборке после выписки/перевода пациента с инфекцией.

В особом внимании нуждаются операционные залы, послеоперационные, реанимационные, родовые и послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, новорожденных и интенсивной терапии, а также инфекционные палаты и отделения, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях, стерилизационные при операционных.

Искоренить ИСМП невозможно, можно лишь поддерживать их уровень эпидемически безопасным, совершенствуя существующие и открывая новые методы борьбы с ними. Так, на сегодняшний день актуальными являются: открытие новых методов и средств дезинфекции, антибактериальных и противовирусных препаратов, иммуномодуляторов, вакцин и т. д. Немаловажным в предупреждении артифициальных инфекций является следование дезинфекционной сферы за развитием диагностической и лечебной аппаратуры, столь далеко шагнувшей в последние годы.

**Врач-эпидемиолог** медицинской организации, согласно Национальной концепции, обосновывает и организует мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости ИСМП (инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи).

Согласно Санитарным правилам и нормам (СанПиН) 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность” (зарегистрированы в Минюсте России 09.08.2010 № 18094, утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58) в медицинской организации должна быть создана комиссия для улучшения координации работы по профилактике ИСМП под руководством главного врача.

Основные задачи комиссии: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа; разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации; координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Ресурсы для обеспечения мер профилактики ИСМП – это:

• достаточное количество квалифицированного персонала, особенно среднего персонала, в отделениях интенсивной терапии и реанимации

• капитальные вложения (строительство и ремонт, создание необходимых условий для пребывания пациентов, подразделений, оснащенных современным оборудованием);

• текущие затраты для обеспечения ИСМП.

Обоснованность затрат на профилактику ИСМП подтверждена во многих исследованиях. Эти затраты позволяют избежать значительных расходов, связанных с последствиями ИСМП. В США дополнительные прямые затраты на один случай ИСМП в стационаре достигают 19 430 долл. США.

Из-за удлинения сроков пребывания больных в стационаре вследствие ИСМП увеличиваются затраты на питание и предметы ухода, возрастает количество используемых медикаментов, число медицинских процедур, лабораторно-инструментальных исследований. Все это – прямые затраты, связанные с ИСМП.

В исследованиях, посвященных экономическому анализу ИСМП, анализировались только прямые затраты без оценки непрямых расходов общества, системы здравоохранения, пациентов и/или их семей, связанных с заболеваемостью и смертностью пациентов, потерей трудоспособности и пропусками работы. Эти расходы также могут быть значительными. Кроме того, важно помнить и о нематериальных затратах, связанных с ИСМП, – о дискомфорте, боли и страдании пациентов.

В СанПиН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность” определено, что надзор за выполнением правил проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Проверки медицинских организаций надзорными органами могут быть плановыми и внеплановыми.

Плановые проверки осуществляются не чаще одного раза в два года согласно постановлению Правительства РФ от 23.11.2009 № 944 “Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью” (в ред. постановления Правительства РФ от 20.01.2011 № 13).

Внеплановые проверки проводятся на основании донесений об инфекционной заболеваемости пациентов и персонала, свидетельствующих об эпидемическом неблагополучии. Важно отметить, что если в медицинской организации действует качественная система внутреннего контроля, то внешняя оценка не приносит дополнительных результатов.

В настоящее время с помощью ведущих специалистов разрабатываются протоколы проверок медицинских организаций. Эти протоколы должны соответствовать принципам доказательной медицины, быть приемлемыми и понятными, апробированными в качественно спланированных исследованиях. Специалисты, осуществляющие проверки, должны быть подготовлены к их проведению. Только в этом случае можно ожидать достоверного выявления и решения наиболее острых проблем профилактики ИСМП.