

Профилактика инфекций и инфекционный контроль, вопросы
эпидемиологического надзора за ИСМП
в рамках проекта НЦОЗ и ICAP

Разработать план мероприятий по результатам мониторинга лабораторного контроля

Ментор группы: Шакенова

Зейнегуль Эрнстовна

**к.м.н., врач-бактериолог, внешний
консультант по ПИИК**



Участники:

Абуталип Аида Болатовна

Джидебаева Лиза Сайлаубековна

Курманбаева Шынар Жамелхановна

Жумашева Роза Саматовна

город Астана 2023 г.



Группа №3

Задания:

1. **Участнику №1** Абуталип А.Б. - составить оценку исходного состояния МО и результатов планового лабораторного контроля СЭС в мед организациях на курируемой территории за последние 5 лет на основании отчета АСУ «Мониторинг заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Республике Казахстан» (далее - АСУ ИСМП), таблица 10.
2. **Участнику №2** Джидебаева Л.С. - составить оценку исходного состояния МО и результатов лабораторного контроля по эпид.показаниям (СЭС) за последние 5 лет на основании отчета АСУ ИСМП, таблица 11.
3. **Участнику №3** Курманбаева Ш.Ж. - составить оценку исходного состояния МО и результатов лабораторного самоконтроля в мед организациях на курируемой территории за последние 5 лет на основании отчета АСУ ИСМП, таблица 12.
4. **Участнику №4** Жумашева Р.С. - составить оценку исходного состояния МО и результатов лабораторного самоконтроля в мед организациях на курируемой территории за последние 5 лет на основании отчета АСУ ИСМП, таблица №12.



Введение

Актуальность

Лабораторный контроль — оценка качества выполнения санитарно-противоэпидемических мероприятий путем проведения лабораторных исследований, может проводиться либо силами самой медицинской организации, либо специализированными учреждениями. Каждый вид лабораторного контроля осуществляется в соответствии с графиком, утвержденным программой.

Хорошо организованные лаборатории с обученным и компетентным персоналом являются важным компонентом ПИИК и вносят огромный вклад в мероприятия по эффективному лечению пациентов, сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам, борьбе с ИСМП, рациональному планированию ресурсов организации и предоставлению качественных медицинских услуг.

Система внутреннего контроля способствует улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам и условий труда медицинских работников.



Актуальность

Эпидемиологическая диагностика с использованием совокупности приемов и способов выявления причин и условий возникновения ИСМП, позволяет обеспечивать выявление отделений риска, групп и коллективов риска, а также времени риска, формулирование, оценку и доказательство гипотез о факторах риска, обоснование направлений профилактики и оценку ее результатов. Одним из разделов ЭД является ретроспективный эпидемиологический анализ.

Микробиологические исследования занимают важное место в эпидемиологической диагностике ИСМП:

В ходе расследования ИСМП по эпидемиологическим показаниям для этиологической расшифровки диагноза с целью выделения и идентификация возбудителей ИСМП исследуется материал от больных причастных к распространению инфекции.

Также, в целях установления источника инфекции проводится лабораторное обследование контактных лиц и лиц, возможно причастных к распространению инфекции. Производится отбор проб с очага для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы.

При лабораторном контроле по эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.



Кроме того, по эпид.показаниям проводятся следующие микробиологические исследования:

- определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, применяемым в данной медицинской организации;
- внеочередной бактериологический контроль за качеством проведения дезинфекционно-стерилизационного и противоэпидемического режима с целью оценки качества выполненных мероприятий;

Микробиологический мониторинг проводится на базе лаборатории филиала Национального центра экспертизы, имеющей разрешение на работу с микроорганизмами III - IV группы патогенности.



Цель:

На основании проведенного лабораторного мониторинга данных по медицинским организациям:

1. Совершенствовать инфекционный контроль в медицинских организациях в целях предупреждения распространения ИСМП;
2. Определить приоритетные области для дальнейшего улучшения работы медицинских организаций;
3. Выявить проблемные вопросы и имеющие недостатки в проведении эпидемиологического надзора и контроля за ИСМП;
4. На основе полученных данных и выявленных проблемных областей, разработать рекомендации и предложения по улучшению ПИИК, мер по контролю ИСМП и лабораторному контролю;
5. Провести анализ лабораторных данных и показателей, чтобы определить микробиологический фон, циркуляцию отдельных видов микроорганизмов, распространение инфекций, выявить тренды и установить основные факторы, влияющие на заболеваемость ИСМП.



Задачи:

1. Провести оценку исходного состояния МО и результатов анализов планового лабораторного контроля, по эпид.показаниям (СЭС), самоконтроля за последние 5 лет по параметрам лабораторных исследований, включенных в отчет АСУ ИСМП;
2. Установить эпидемиологическую связь между циркулирующей микрофлорой от пациентов, персонала, контактных лиц и окружающей средой в возникновении ИСМП в анализируемых МО;
3. При получении отрицательных результатов (отсутствие лабораторного подтверждения случая ИСМП, не определена циркулирующая микрофлора в стационарах и др.) выявить возможные причины и упущенные возможности при проведении лабораторного контроля.
4. На основе полученных данных, определить проблемные вопросы организации и проведения лабораторного контроля и внести рекомендации (предложения) по устранению.



Метод исследования: ретроспективный (2019-2022г.г.) и проспективный анализы (5 мес. 2023г.)

Сроки выполнения работы: 6-16 июня 2023 года

Выполненная работа имеет практическую значимость, так как результаты оценки исходного состояния медицинских организаций и лабораторного самоконтроля будут использоваться для разработки и внедрения мер, направленных на повышение качества предоставляемой медицинской помощи, снижение риска распространения инфекций и обеспечение безопасности пациентов и мед.персонала.

Улучшение эпид. надзора и лабораторной диагностики.

Улучшение коммуникации между эпидемиологами, специалистами лабораторий и врачами-клиницистами.

Повышение информативности, результативности лабораторных исследований для практического применения в работе и совершенствовании ПИИК.



Департамент санитарно-эпидемиологического контроля города Астаны

**Оценка исходного состояния медицинских организаций и результаты
планового лабораторного контроля в МО по городу Астана
(таблица 10 АСУ ИСМП).**

Отдел контроля за внутрибольничными инфекциями
Участник №1: Абуталип Аида Болатовна



Астана 2023 год



Показатели заболеваемости ИСМП по г. Астана

2019 год - 128 случаев, показатель 0,5

2020 год – 42 сл., пок. 2,66

2021 год – 50 сл., пок. 2,60

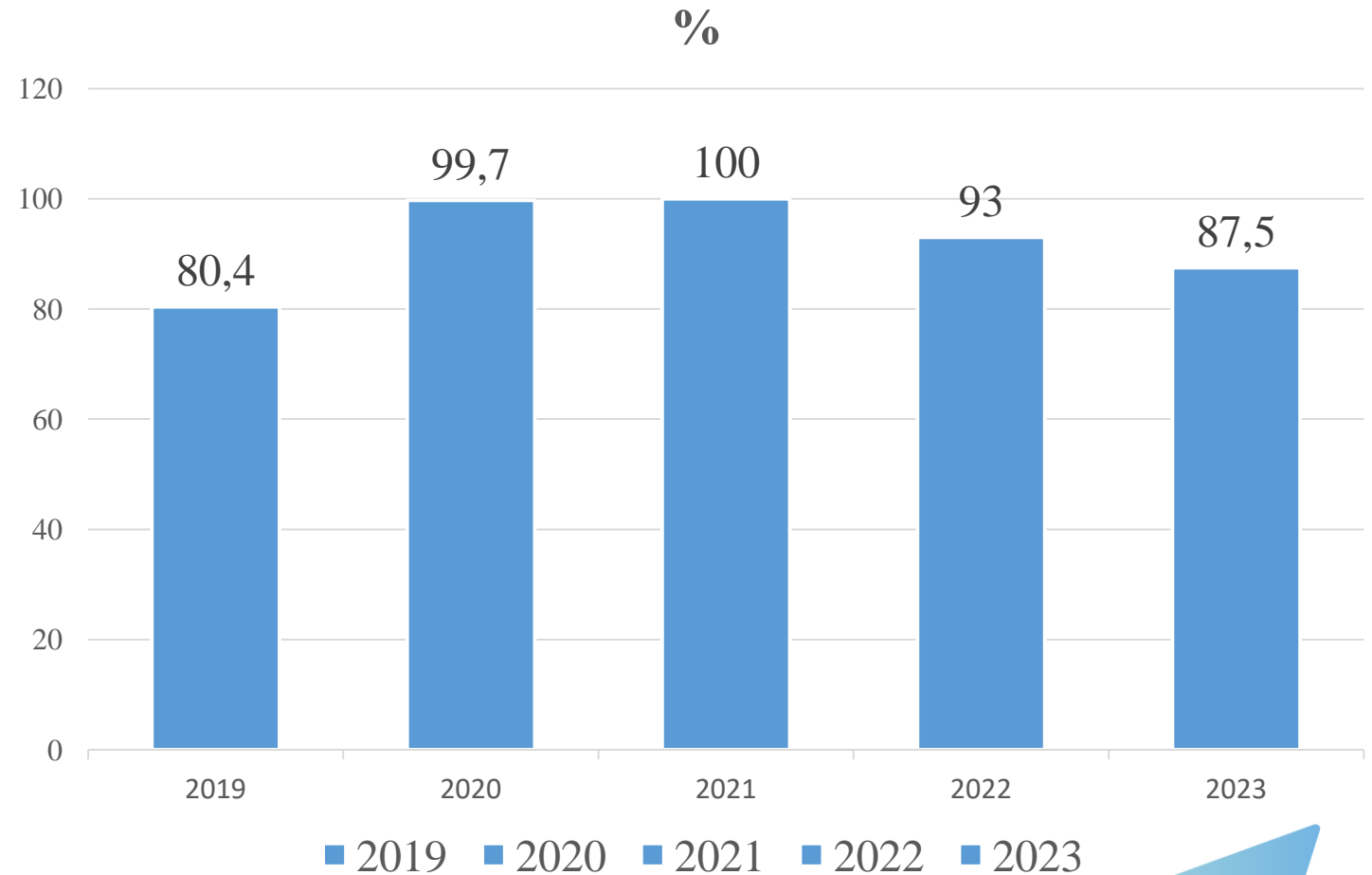
2022 год – 61 сл., пок. 0,2

5 мес. 2023 года – 16 сл., пок. 0,2



Лабораторно подтвержденные случаи ИСМП по г. Астана

1. 2019 г. – 80,4 %
2. 2020 г. – 99,7 %
3. 2021 г.- 100%
4. 2022 г.- 93%
5. 2023 г. – 87,5



Объекты исследования

Для характеристики и проведения анализа определены следующие стационары:

1. Многопрофильная городская больница №1 акимата г. Астаны
2. Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Н.Д. Батпенова.



Данные по стационарам



Многопрофильная городская больница №1 -
650 коек;

Госпитальный эпидемиолог – 2

Медсестра инфекционного контроля – 2

Бактериологическая лаборатория – 1



Национальный научный центр травматологии и
ортопедии имени академика Н.Д. Батпенова – 385
коек

Госпитальный эпидемиолог – 3

Медсестра инфекционного контроля – 2

Бактериологическая лаборатория – 1



Количество отобранных проб согласно плана в МГБ №1 (2019-2023г.г.)

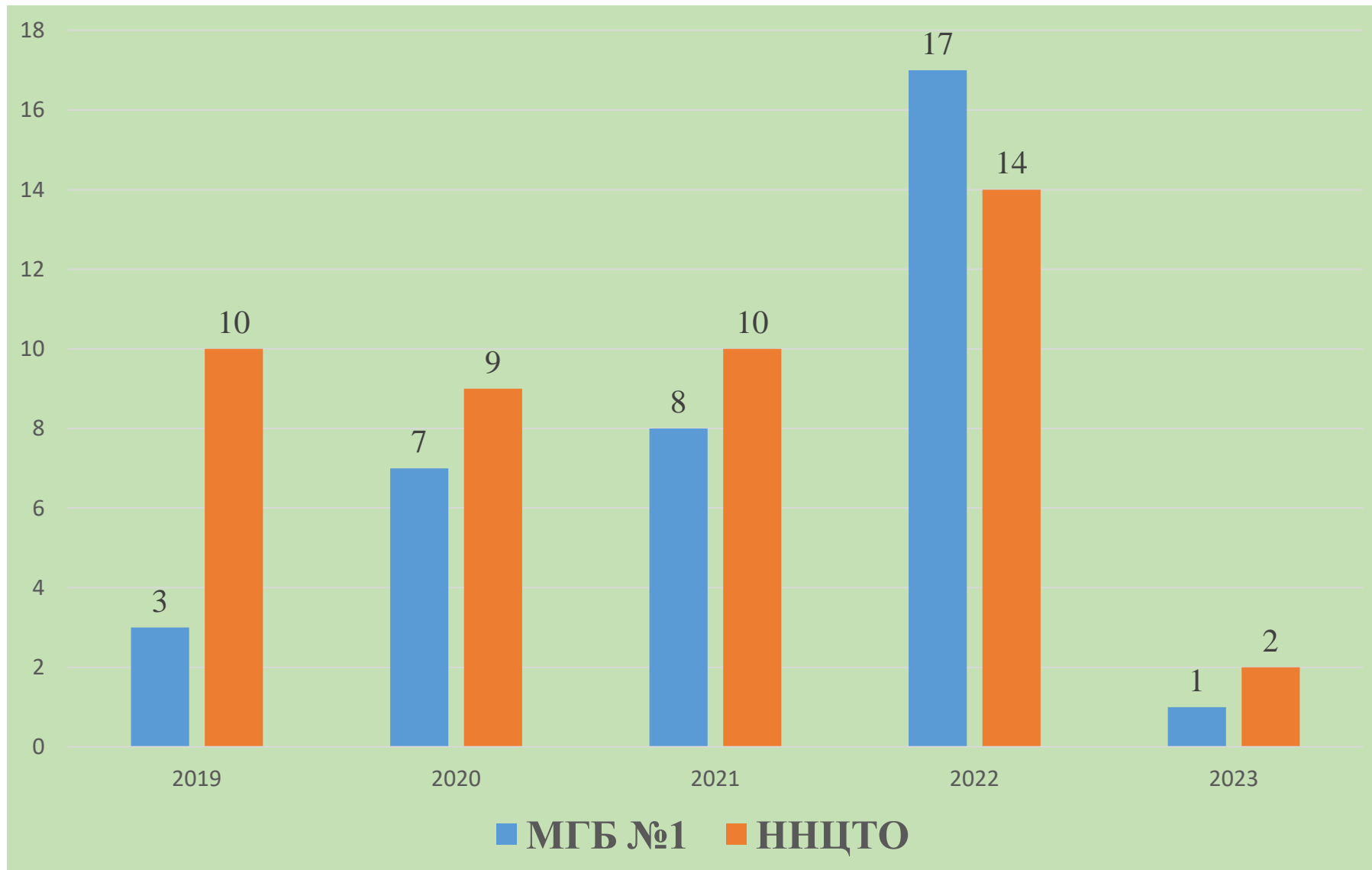


Данные по несоответствующим пробам внешней среды МГБ №1

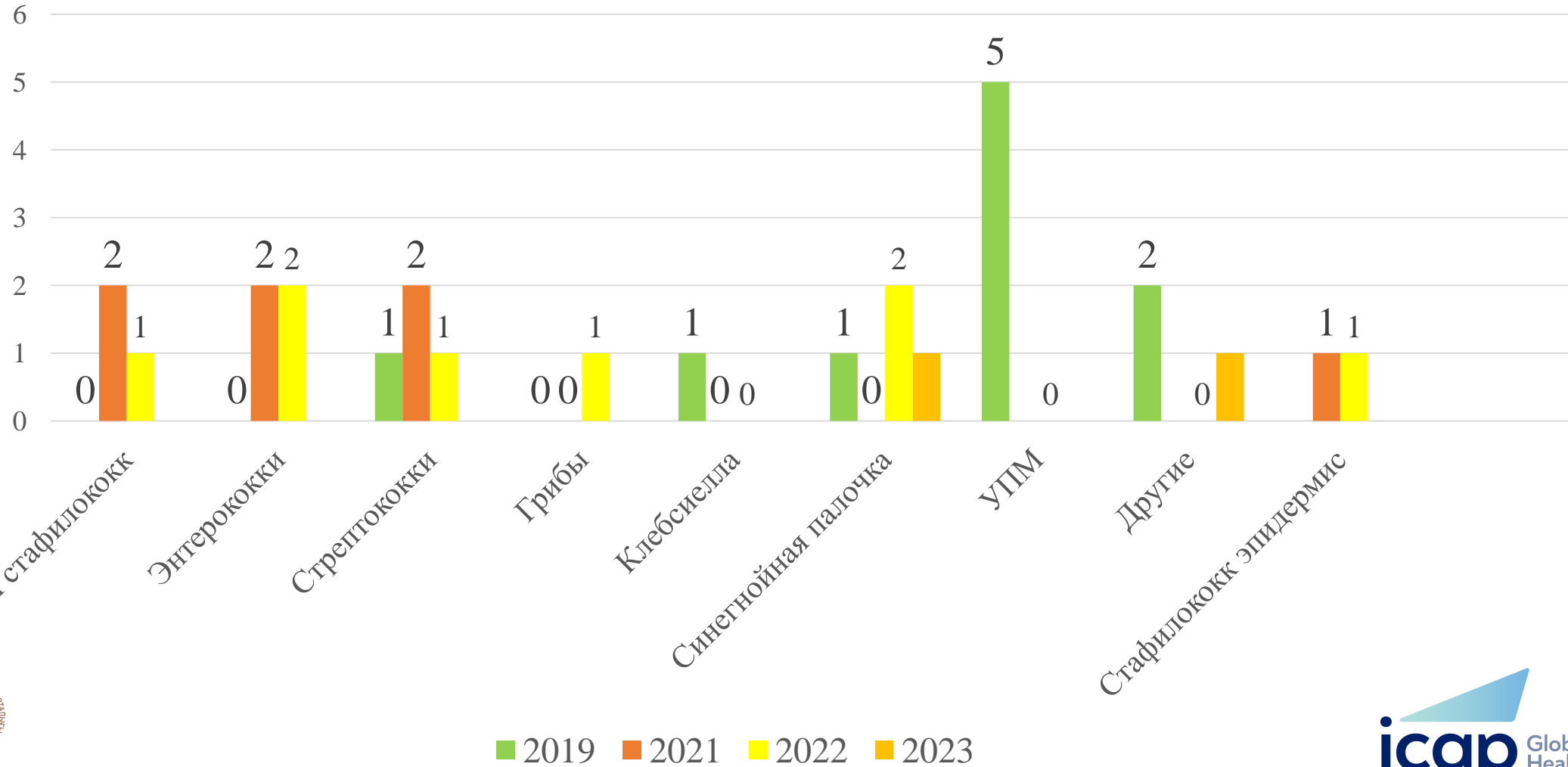
Год	Воздух	Смывы		Дез.растворы
2020	0	БГКП -2	Золотистый -2 стафилококк	0
		(удельный вес 0,4%)	удельный вес - 0,4 %	
2021	Всего несоотв. проб - 6 (плесень -3, ОМЧ -3) удельный вес - 19,3 % .	БГКП – 7 проб (удельный вес - 0,5)	2 пробы (удельный вес - 0,16 %)	2 пробы не соответствуют по содержанию активного вещества (хлор) (удельный вес – 8%),



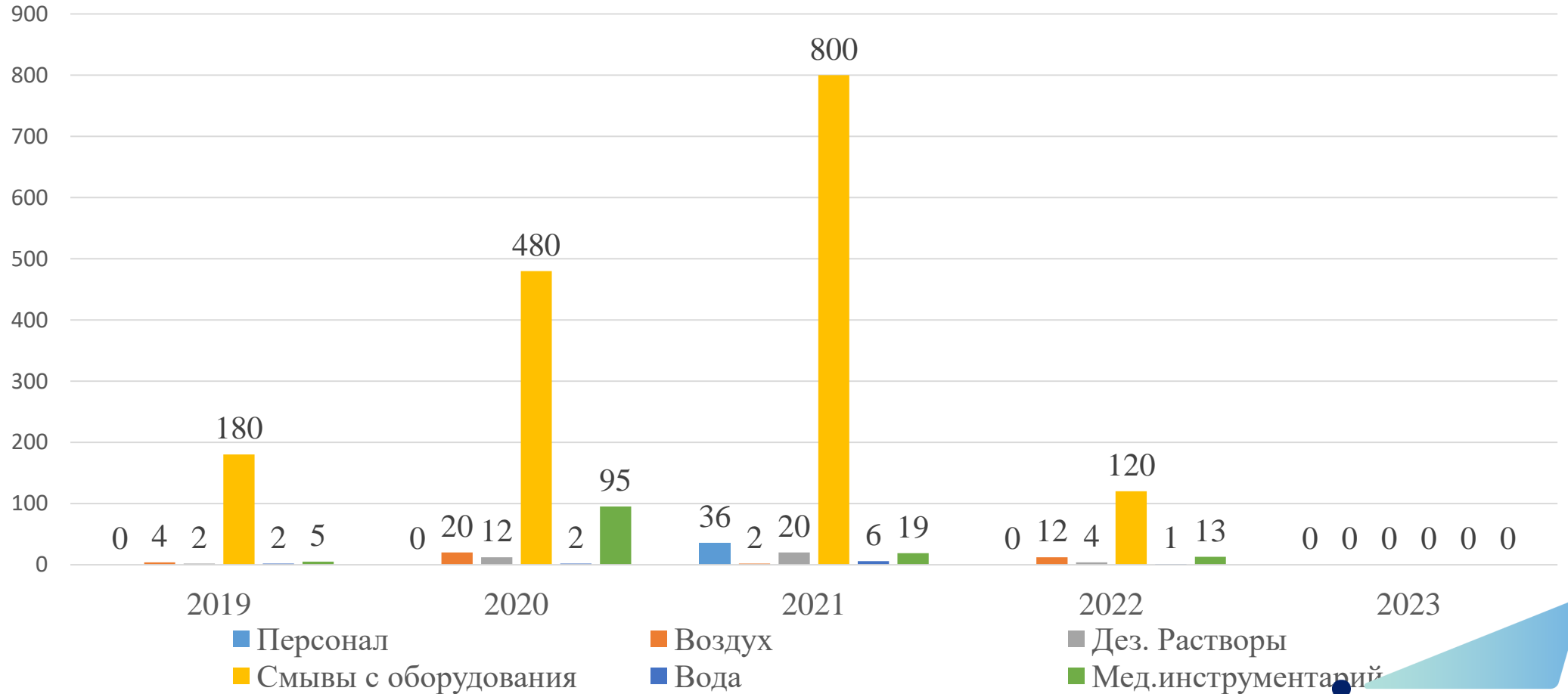
Абсолютное количество случаев ИСМП в МГБ №1 и ННЦТО 2019-2023 г.г.



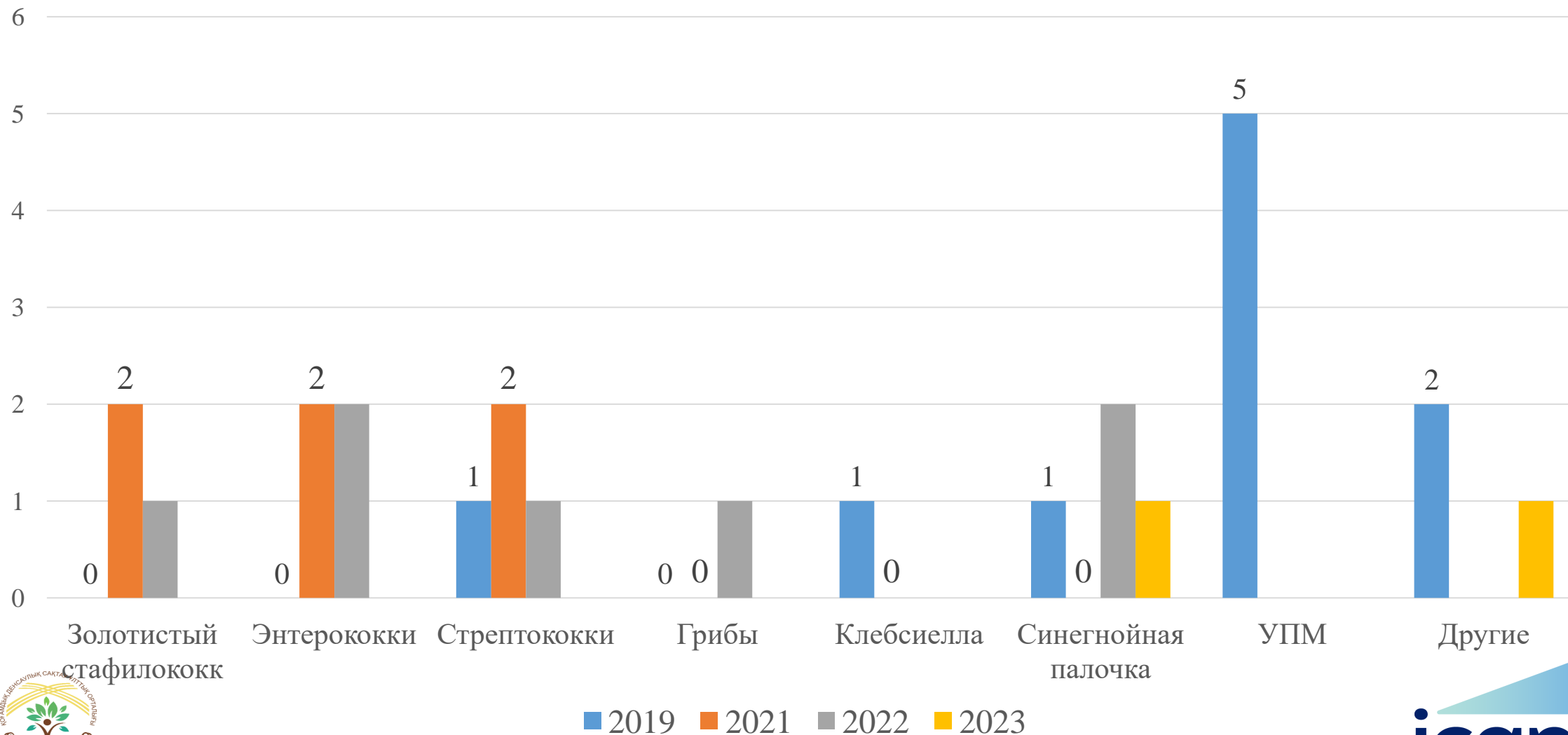
Микробный пейзаж ИСМП МГБ №1



Результаты планового лабораторного контроля в ННЦТО (2019-2023г.г.)



Микробный пейзаж ИСМП ННЦТО



Заключение

По результатам лабораторного контроля проведение дезинфекционно-стерилизационных мероприятий удовлетворительное, тем менее присутствуют положительные пробы в смывах с оборудования в виде БГКП, золотистого стафилококка и положительных проб воздуха.

За счет выпадения объектов с графика проверок за 2019-2022 г.г.и и в целях выполнения государственного заказа объем лабораторных исследований варьировался.

В связи с вышеизложенным, отмечается отсутствие результативности лабораторного контроля.



План мероприятий по улучшению ПИИК на объектах исследования

1. Планировать отбор проб для проведения лабораторных исследований при осуществлении проверок объектов здравоохранения, в соответствии с приложением 4 (места отбора проб) «Лабораторно-инструментальные исследования, проводимые при проверках по особому порядку на объектах здравоохранения» к Санитарным правилам, утвержденным Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020 и СП «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», утв. Приказом Министра здравоохранения РК от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151.
2. При выявлении положительных результатов лабораторных исследований проводить анализ выявленных несоответствующих проб и микробиологический мониторинг, включающий динамическую оценку циркуляции штаммов возбудителей ИСМП, их резистентности к антимикробным препаратам.
3. Тщательно проводить выборку эпидемиологически значимых объектов внешней среды в стационарах соответственно регистрации случаев ИСМП в отделениях МО, а при отсутствии результативности лаб исследований анализ возможных причин.
4. Определять родовую и видовую принадлежность микроорганизмов, и также необходимо оценивать их резистентность к антибиотикам.



**Отдел контроля за внутрибольничными инфекциями Департамента санитарно-эпидемиологического
контроля Акмолинской области Комитета санитарно-эпидемиологического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

**Оценка исходного состояния МО и результатов лабораторного контроля по
эпидпоказателям (СЭС) за последние 5 лет на основании данных 11 таблицы
отчета АСУ ВБИ (2019-2023г.г.)**

Участник №2 Джидебаева Лиза Сайлаубековна

г. Астана, июнь 2023г



Для оценки выбраны 2 МО:

1.больница №1

2.больница №2

Характеристика больницы №1

Рассчитана на 725 коек круглосуточного стационара и 125 койки дневного пребывания. В больнице оказывают медицинская помощь по 8 специальностям: кардиохирургия, травматология, ортопедия, нейрохирургия, кардиоинтервенция, урология, хирургия, ангиохирургия, онкология, ЦАХ.

В составе имеет инсультный центр, кардиологическую службу, перинатальный, онкологический, дерматовенерологический центр

Больница имеет свою бактериологическую лабораторию

Больница укомплектована специалистами инфекционного контроля, всего в штате предусмотрено 7,75 ставок, из них 3 ставки врачей эпидемиологов, фактически заняты 2 физ лицами по 1,5 ставки (зав. эпид отделом и отдельно выделена ставка врача эпидемиолога по перинатальной службе), также 3,5 ставки помощников врачей эпидемиологов/фактически заняты 2 физлицами по 1,75 ставки и 1,25 ставки медицинской сестры инфекционного контроля. У всех специалистов имеется обучение по вопросам



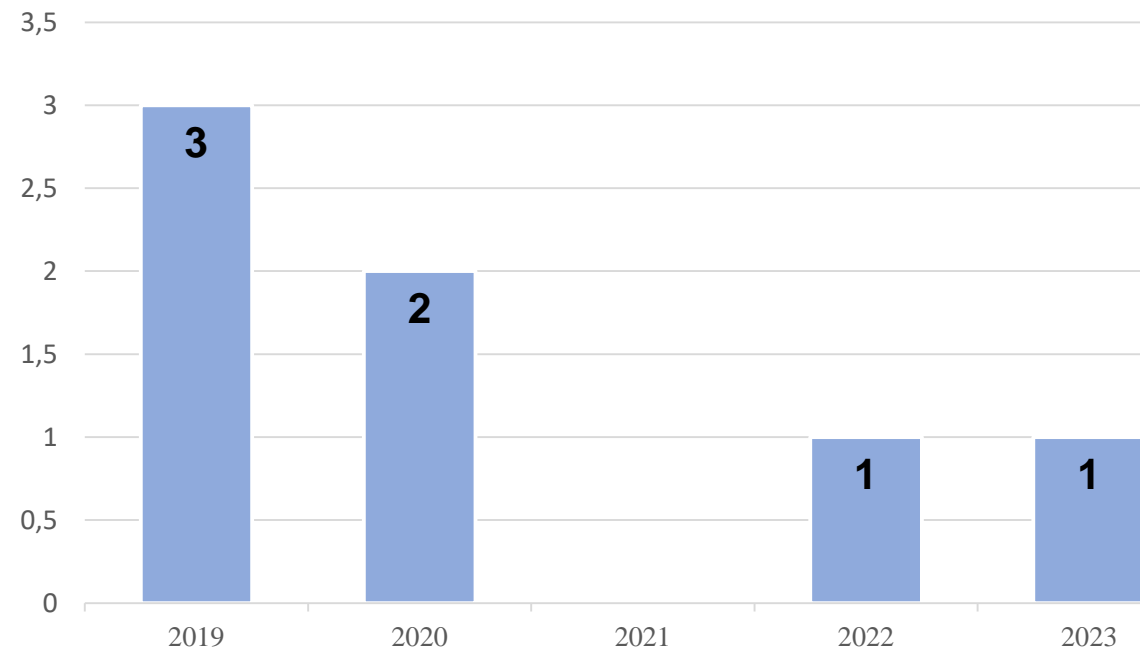
С учетом полученных экстренных извещений на регистрацию ИСМП только среди новорожденных и родильниц от указанных МО, анализу подвергнуты объекты родовспоможения

Структура больницы №1

Наименование отделения	Ср.годов. койки
Для берем., рожениц	55
Патологии берем.	28
Гинекологические	27
Отделение реанимации и интенсивной терапии взрослых	4
Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных	6
Патология новорожденных и 2 этапа выхаживание новорожденных	40
Операционный блок отдельно для рожениц и гинекологии	2
ВСЕГО	150
Дневной стационар	10

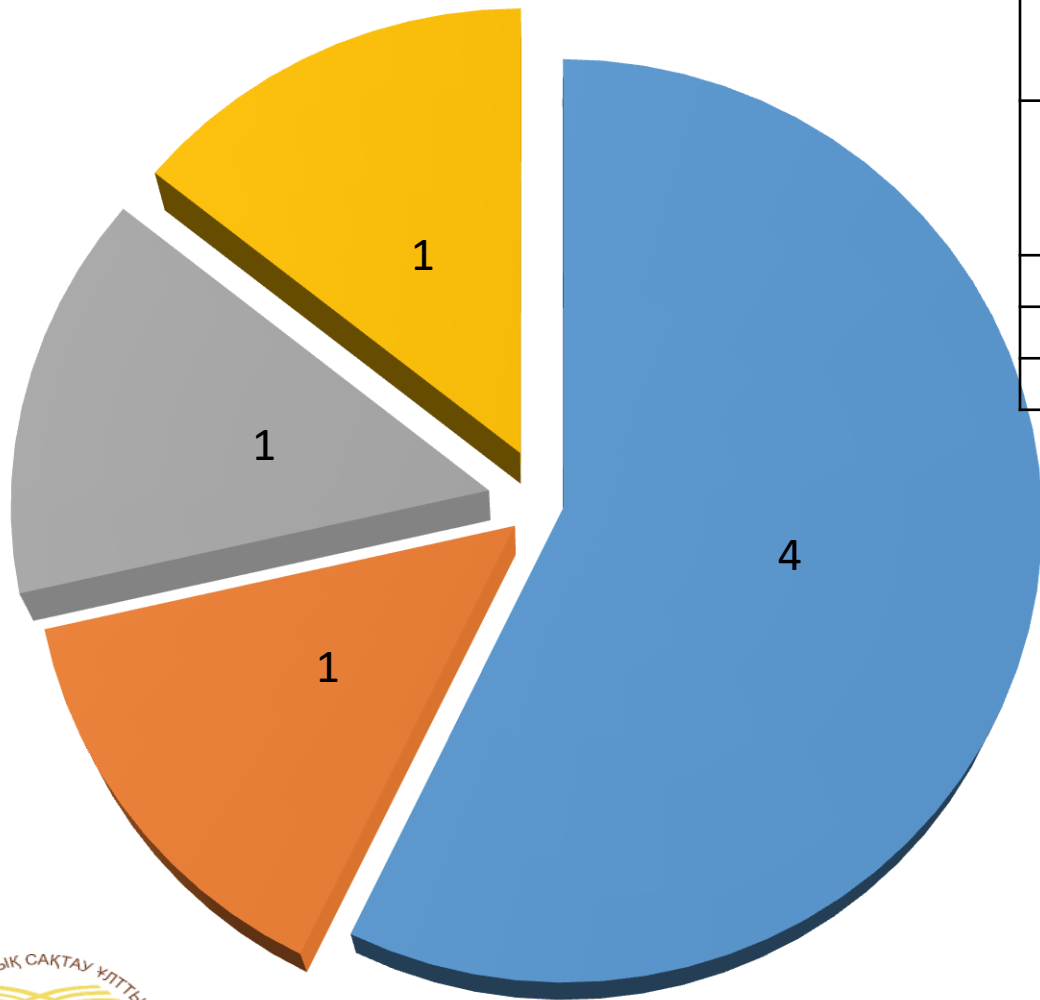
Абсолютное число ИСМП (ГСИ) больница №1

Года	новорожденн ые	родильни цы	ВУИ	всего ГСИ по области
2019	2	1	251	7
2020	2	0	248	5
2021	0	0	229	2
2022	1	0	161	3
2023	1	0	95	6



Структура ГСИ больницы №1

годы	новорожденные	родильницы	ВУИ	всего ГСИ по области
2019	Сепсис 1 пузырчатка 1	Эндометрит 1	251	7
2020	Сепсис 1 инфильтрат 1	0	248	5
2021		0	229	2
2022	Сепсис 1	0	161	3
2023	Сепсис 1	0	95	6

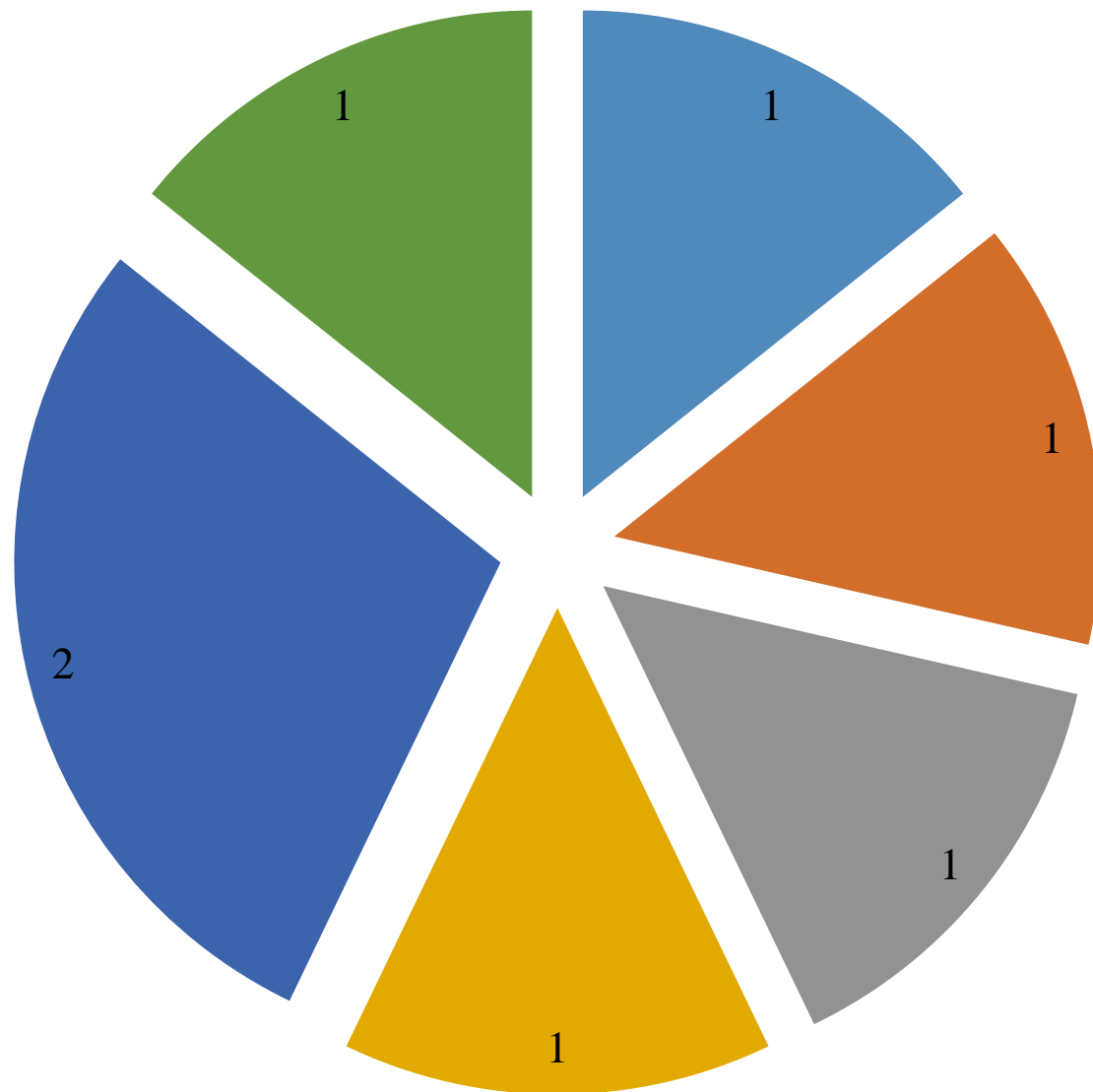


- сепсис среди новорожденных
- локальный инфильтрат новорожденных
- пузырчатка новорожденных
- эндометрит родильниц



Общая картина микробиологического пейзажа больницы №1

Выделенная микрофлора



- Staphylococcus epidermis
- Proteus mirabilis
- Enterococcus faecalis
- Staphylococcus aureus
- Klebsiella pneumoniae
- Escherichia coli

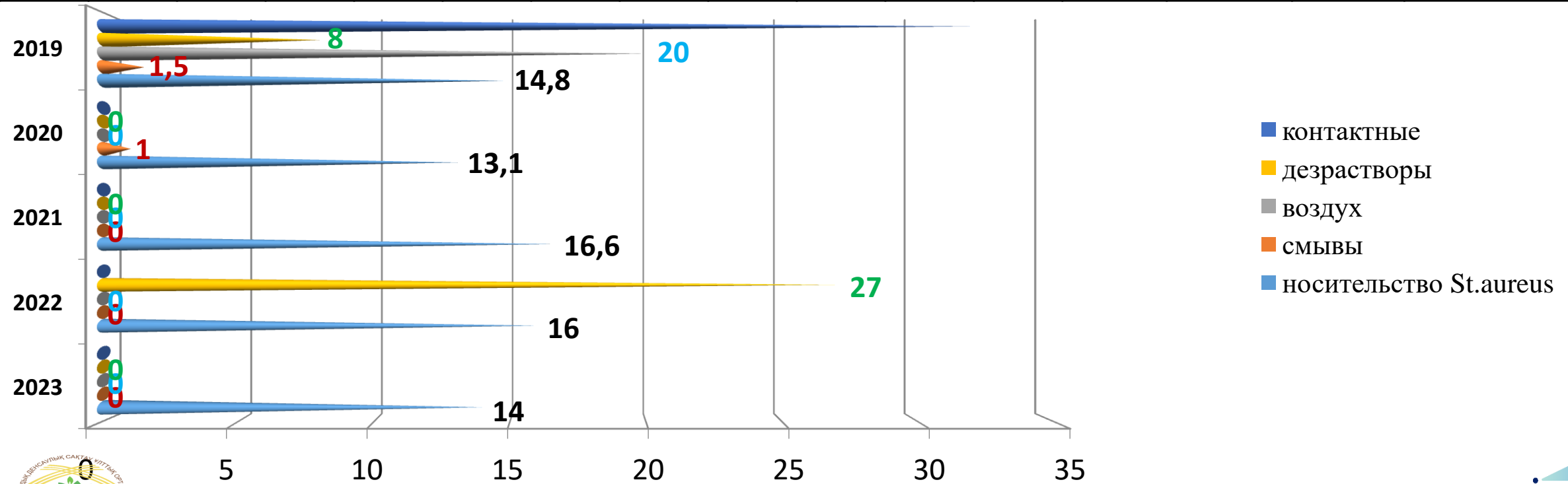


Выделенная микрофлора от новорожденных 4-х случаев сепсиса Больницы №1

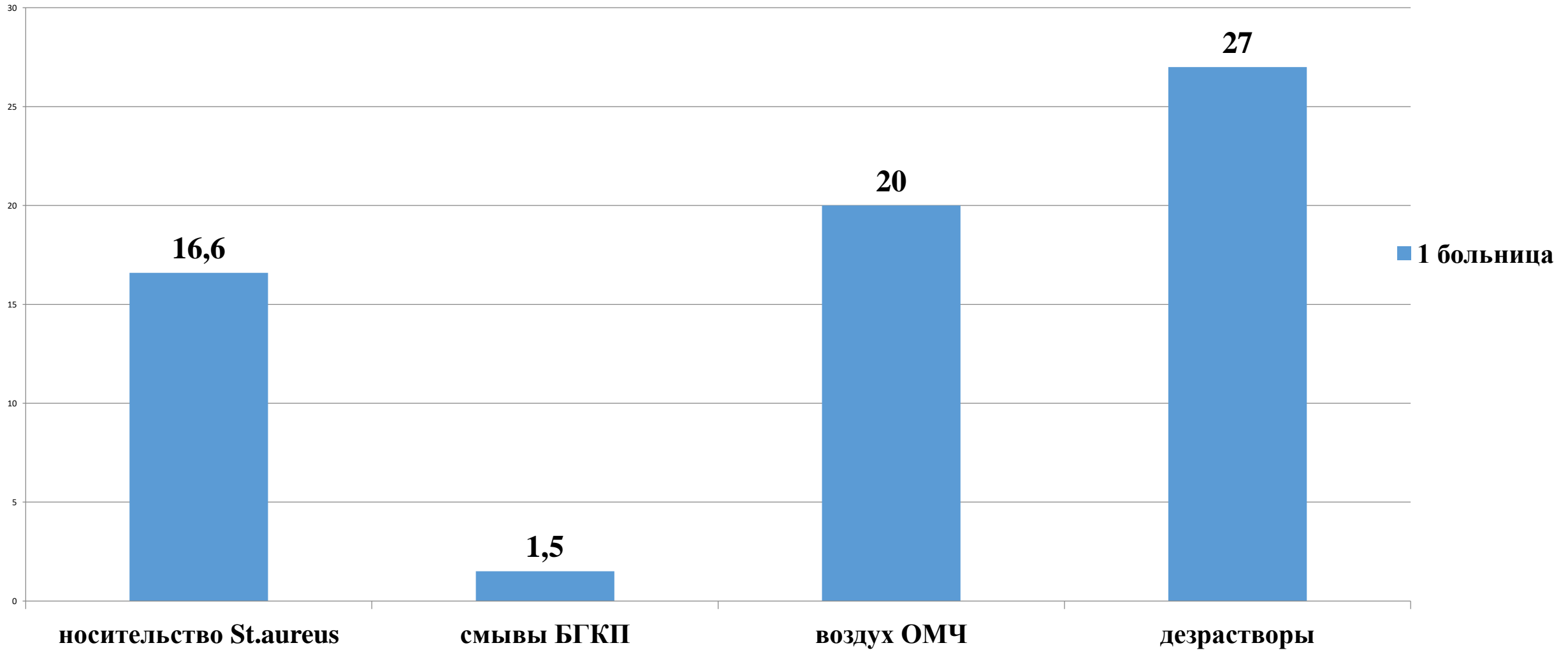
Годы	Зарегистрированные случаи	Исследованный материал	Выделенная микрофлора
2019	Сепсис	Кровь на стерильность	<i>Escherichia coli</i> 10*6
2020	Сепсис	Кровь на стерильность, дистальный конец использованного пупочного катетера на микрофлору	<i>Staphylococcus aureus</i> 10*4
2022	сепсис	Кровь на стерильность, использованная ЭТТ на микрофлору	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 10*5
2023	сепсис	Кровь на стерильность	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 10*4

Результаты лабораторного контроля по эпидпоказаниям (СЭС) (2019-2023г.г.) больница №1

	обс. Персонала отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Смывы отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Воздух отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Стерильность отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Дезрастворы отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес
2023	56	8	14	482	0	0	18	0	0	66	0	0	18	0	0
2022	25	4	16	40	0	0	3	0	0	10	0	0	11	3	27
2021	24	4	16,6	80	0	0	3	0	0	20	0	0	4	0	0
2020	38	5	13,1	393	4	1	12	0	0	14	0	0	7	0	0
2019	27	4	14,8	63	1	1,5	5	1	20	20	0	0	25	2	8



Микробный пейзаж внешней среды и удельный вес



Выводы:

1. За последние 5 лет зарегистрирована 7 случаев ГСИ, из них 6 случаев среди новорожденных, что составило 85,7%, 1 среди родильниц - 14,3% без летальных исходов. По годам зарегистрированы единичные случаи, вспышечной групповой заболеваемости не было. В целом по области от 16,6% до 42,8% ГСИ регистрируется в больнице 1.
2. Ведется определенная работа по установлению диагнозов ВУИ, в слайде параллельно отражены регистрация внутриутробных инфекций за последние 5 лет, что показывает снижение показателей в 1,5 раза с 251сл 2019г до 95сл 2023г, т.е со снижением уровня заболеваемости ГСИ начиная с 2021года идет параллельное снижение ВУИ.
3. ГСИ среди новорожденных в основном зарегистрирована в генерализованной форме среди недоношенных детей, что составило 57,1% в нозологической форме сепсиса – 4 случая зарегистрированы в 2019,2020, 2022, 2023гг и 2сл локализованных форм в нозоформе пузырчатки, локального инфильтрата в 2019,2020г. При этом лабораторное подтверждение возбудителей ИСМП составило 100%



4. С учетом того что больница 1 является 3 уровнем регионализации по оказанию медицинской помощи детям здесь получают лечение тяжелые дети доставленные по санитарной авиации по всей области и все таки отмечается высокий удельный вес ГСИ с диагнозом сепсиса с лаб.подтверждением с высевом в 2х случаях клебсиеллы пневмония, по 1 случаю КП и *St. aureus*.

Как видно в последние 2 года микрофлора из клинического материала изменилась с *St. Aureus* на клебсиеллу пневмония.

5. По результатам лабораторного обследования по эпидпоказаниям больницы №1 носительство контактных сотрудников *Staphylococcus aureus* на уровне от 13,1 – 16,6%, высеваемость во внешней среде отмечается в 2020г составило 1% и 1,5% в 2019г (выделены БГКП в палатах Мид послеродового отд), превышение ОМЧ в воздушной среде в 2019г (20% манипуляционная), несоответствие рабочих дезинфицирующих растворов заданной концентрации выявлено в 2019 (8%) и 2022г (27%) (занижена концентрация), материал стерильный, водопроводная вода чистая и обследовано 211 контактных, положительных находок нет.

6. При сравнении микробного пейзажа внешней среды с микрофлорой клинического материала отобранного с очагов поражения видно, что выделенная микрофлора циркулирующая за последние 2 года в отделении ОАРИТ и ОПН новорожденных, т.е. *Klebsiella pneumoniae* во внешней среде и среди контактных, мам по уходу не идентифицирована, но в то же время в целом в смывах отмечается высеваемость грамотрицательной микрофлоры и превышение обсеменения воздушной среды по показателю ОМЧ и дезрастворов заниженной концентрации. Что говорит, что имеет место нарушения санитарно-противоэпидемического, дезинфекционного режима, нарушения гигиены рук, режима обработок, кварцевания, проветривания, нарушение разведения, использования возможно хранение дезрастворов.



Характеристика больницы №2

Многопрофильное медицинское учреждение развернутое на 181 коек круглосуточного стационара и 60 коек дневного стационара, оказывает медицинскую помощь в рамках ГОБМП жителям семи районов Акмолинской области: терапевтический, хирургический, травматологический, сосудистый, нейрохирургический, кардиологический, неврологический, акушерский, гинекологический, урологический.

Больница не имеет свою бактериологическую лабораторию, производственный контроль проводится на основании договора с филиалом НЦЭ КСЭК МЗ РК.

Больница недоукомплектована специалистами инфекционного контроля, в штате предусмотрено 1 ставка врача эпидемиолога и 1 ставка медицинской сестры ИК, фактически занято 1 физ лицом молодым специалистом врачом эпидемиологом на 1,5 ставки, которая совмещает медсестру ИК на 0,5 ставки.

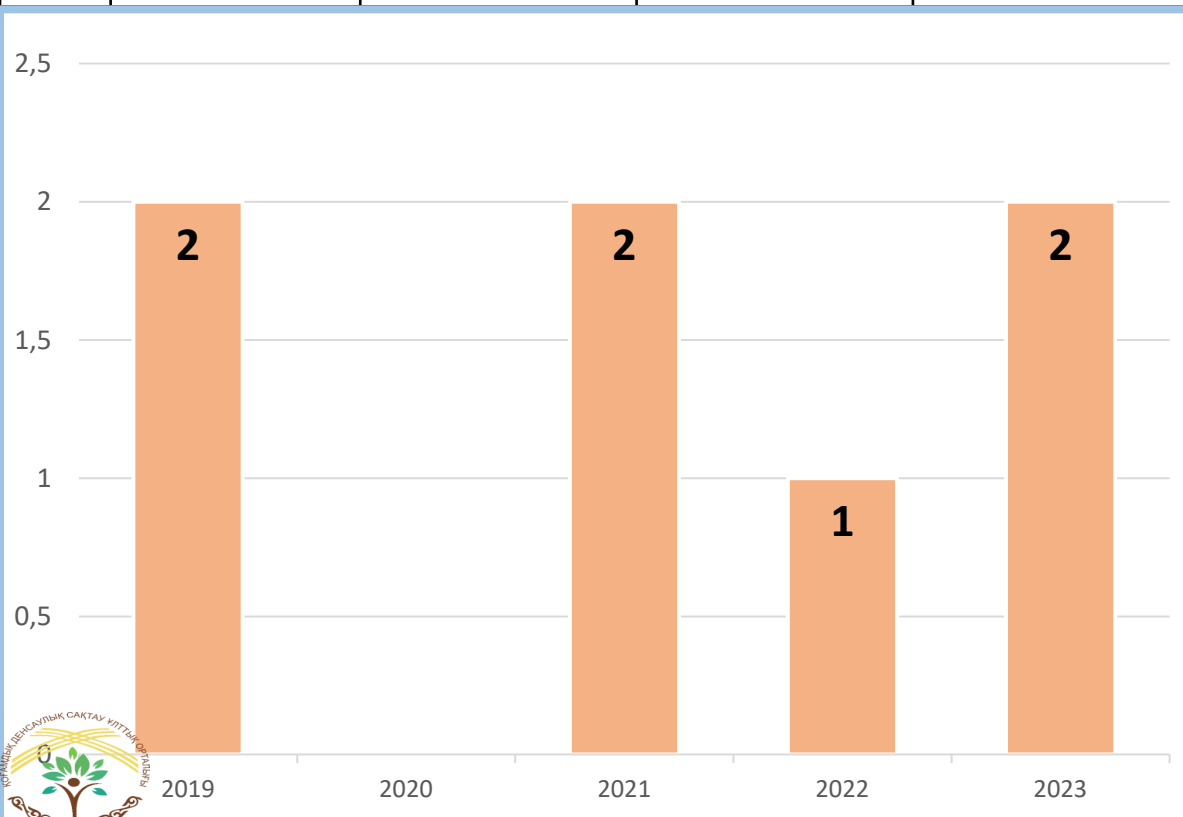
Обучение по вопросам ПИИК не имеет, запланировано в 2023 году.



Исходные данные по больнице №2

Абсолютное число ИСМП (ГСИ)

годы	новорожденные	родильницы	ВУИ	всего ГСИ по области
2019	1	1	2	7
2020	0	0	3	5
2021	1	1	4	2
2022	0	1	3	3
2023	0	2	3	6

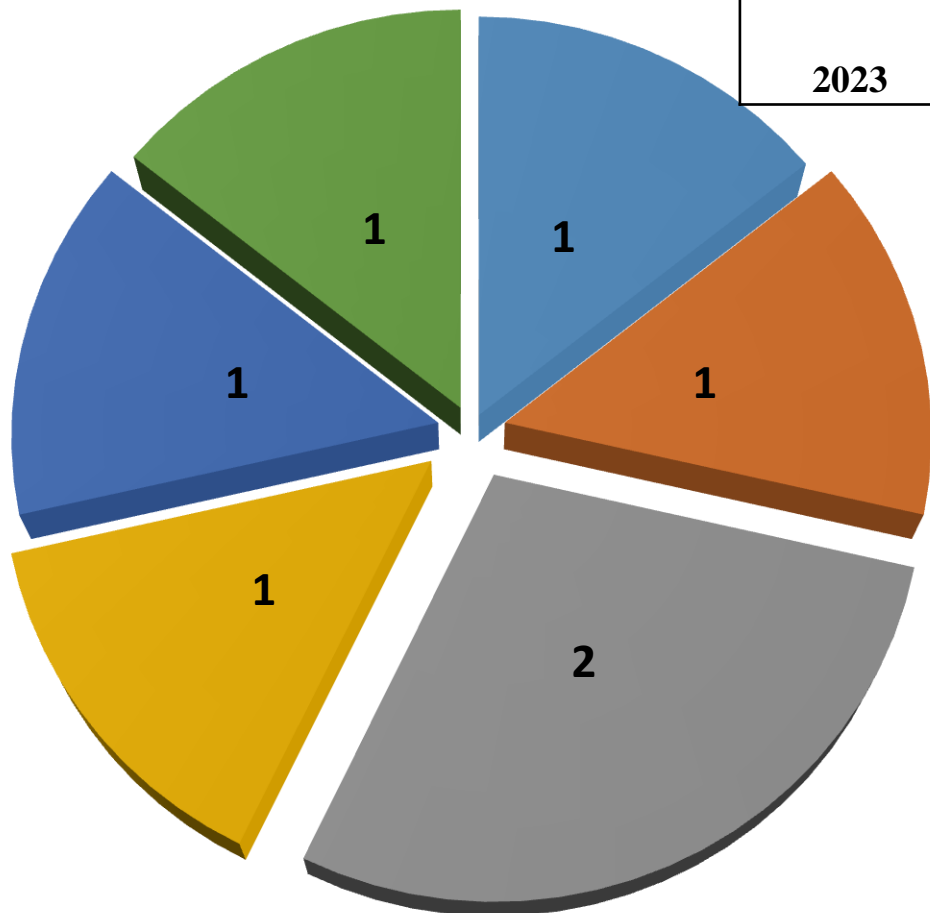


Структура родильного блока

Наименование отделения	Ср. годов. койки
Для берем. рожениц	34
Патологии берем.	15
Гинекологические	19
Отделение реанимации и интенсивной терапии взрослых	6
Палата интенсивной терапии новорожденных (ПИТН)	3
Отделение патологии новорожденных и 2 этапа выхаживания недоношенных	7
Операционный блок	1
ВСЕГО	78
Дневной стационар	5

Структура ГСИ больницы 2

годы	новорожденные	родильницы	ВУИ	всего ГСИ по области
2019	Везикулопустулез 1	Эндометрит 1	2	7
2020	0	0	3	5
2021	Сепсис 1	инфекция акушерской раны 1	4	2
2022	0	Сепсис 1	3	3
2023	0	эндометрит 1 тазовый перитонит 1	3	6

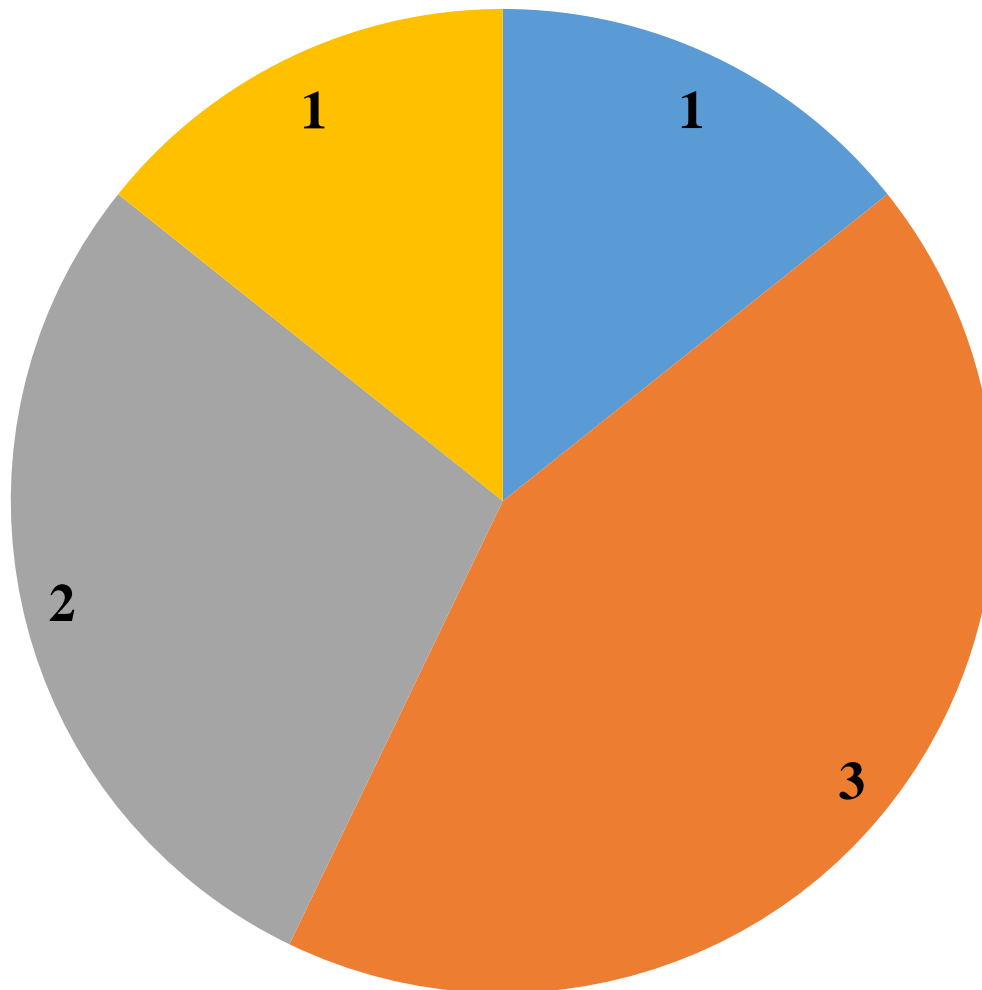


- сепсис среди новорожденных
- везикулопустулез новорожденных
- эндометрит родильниц
- инфекция акушерской хирургической раны
- тазовый перитонит
- сепсис родильниц

Общая картина микробиологического пейзажа ГСИ больницы 2

Выделенная микрофлора

■ *Escherichia coli* ■ *Staphylococcus epidermis* ■ *Acinetobacter baumannii* ■ *Staphylococcus aureus*

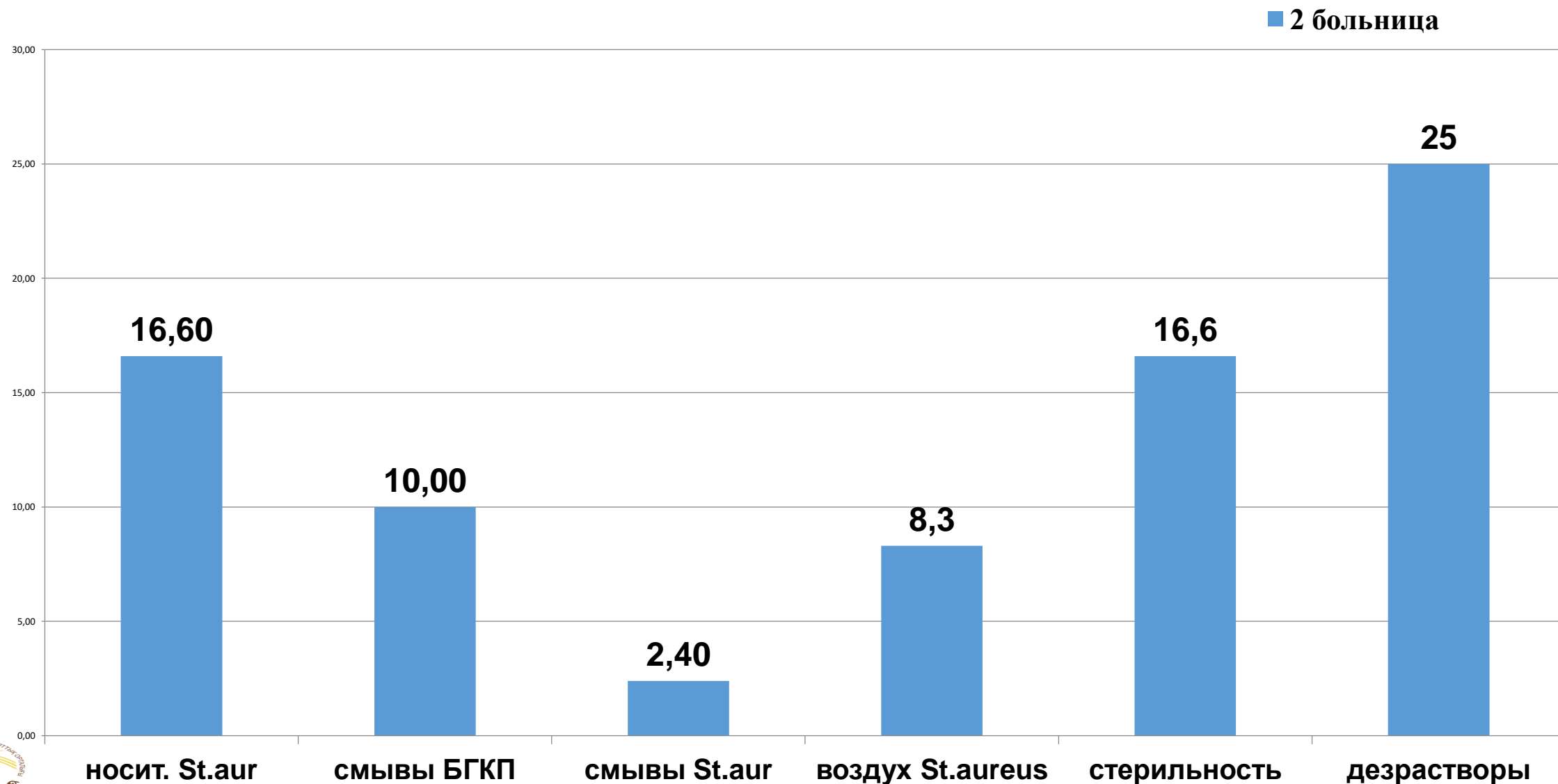


Выделенная микрофлора от родильниц

Годы	Случаи	Исследованный материал	Выделенная микрофлора
2019	эндометрит	отделяемое "С" канала, уретры	<i>Escherichia coli</i> 10*5
2021	инфекция акушерской раны	отделяемое раны	<i>Acinetobacter baumannii</i> 10*6
2022	сепсис	отделяемое "С" канала, уретры	<i>Staphylococcus aureus</i> , 10*4
2023	эндометрит тазовый перитонит	выпот в брюшной полости	<i>Staphylococcus epidermidis</i> 10*6, Метициллин-резистентный стафилококк, изолят резистентен ко всем бета- лактамным препаратам

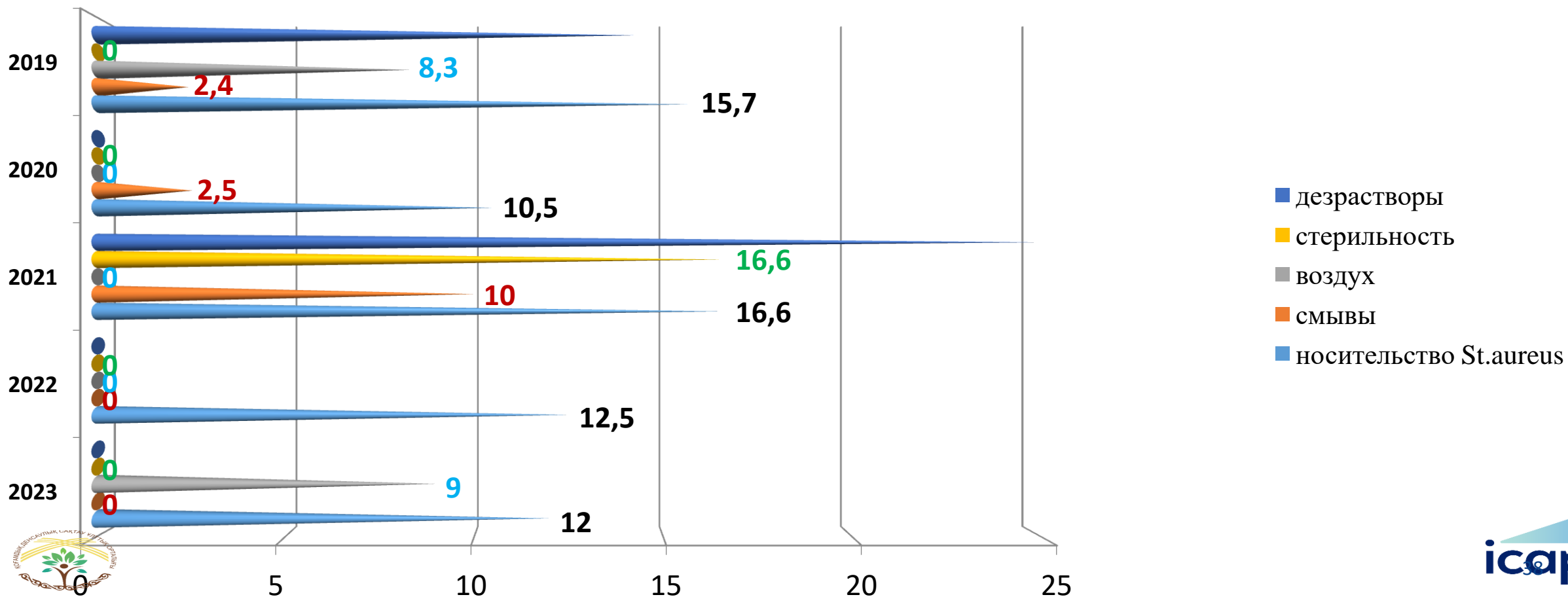


Микробный пейзаж внешней среды и удельный вес



Результаты лабораторного контроля по эпидпоказателям (СЭС) за последние 5 лет на основании данных 11 таблицы отчета АСУ ВБИ (2019-2023г.г.) больница №2

годы	обс. Персонал а отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Смывы отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Воздух отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Стерильность отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес	Дезрастворы отобрано проб	несоответствующие	Удельный вес
2023	50	6	12	216	0	0	11	1	9	43	0	0	9	0	0
2022	40	5	12,5	211	0	0	3	0	0	12	0	0	6	0	0
2021	6	1	16,6	90	9	10	3	0	0	18	3	16,6	4	1	25
2020	38	4	10,5	235	6	2,5	6	0	0	21	0	0	5	0	0
2019	19	3	15,7	82	2	2,4	12	1	8,3	16	0	0	7	1	14,3



Выводы:

1. За последние 5 лет по больнице 2 зарегистрирована 7 случаев ГСИ, из них 5 сл среди родильниц - 71,4 нозологических формах, что составило 80% (это- 2 сл эндометрита, инфекция акушерской раны, тазовый перитонит и 1сл сепсиса), 2 случая среди новорожденных или 28,5% без летальных исходов. В структуре ГСИ среди новорожденных 1сл сепсиса и 1сл везикулопустулеза. Регистрация ВУИ практически на одном уровне от 2-4 случаев в год.

2. Таким образом, в отличие от больницы №1 в больнице 2 преобладает заболеваемость ГСИ среди родильниц. Так, больница 2 обслуживает в основном сельское население Акмолинской области. Также, по годам зарегистрированы единичные случаи 2019,2021,2023г по 2случая, а в 2021г 1сл, вспышечной групповой заболеваемости не было.

3. Из клинического материала микробиологически идентифицированы КП, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* и MRSA с эпидемиологически значимой степенью обсеменения.



4. По результатам лабораторного обследования по эпидпоказаниям больницы 2 носительство контактных сотрудников *Staphylococcus aureus* на уровне от 12% – 16,6%, высеваемость во внешней среды отмечается в 2019г - 2,4% (*St.aureus* смотровая), 2020г- 2,5% (БГКП ОПН), 2021г- 10% (БГКП ОРИТН), превышение ОМЧ в воздушной среде в 2019г -8,3% (*St.aureus* в палате МиД), 2023г – 9% (по ОМЧ в ОАРИТ), нестерильный материал (2 пробы с рук после хирургической обработки, 1 перевязочный материал в ОАРИТН), несоответствие рабочих дезинфицирующих растворов заданной концентрации выявлено в 2019 (14,3%) и 2021г (25%), водопроводная вода чистая, обследовано 173 контактных положительных находок не было.

5. При сравнении микробного пейзажа внешней среды с микрофлорой клинического материала отобранного с очага поражения видно, что выделенная микрофлора циркулирующая за последние 2 года в отделении ОАРИТ и ОПН новорожденных, т.е. *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus epidermis* во внешней среде и среди контактных сотрудников, мам по уходу не идентифицирована.

6. В то же время в целом в смывах преобладает высеваемость грамотрицательной микрофлоры, превышение обсеменения воздушной среды по ОМЧ, циркуляция золотистого стафилококка и дезрастворов заниженной концентрации.

7. Таким образом, нарушения выявленные при лабораторном контроле идентичны как и по больнице №1 - что говорит о том, что имеет место нарушения санитарно-противоэпидемического, дезинфекционного режима, нарушения гигиены рук, режима обработок, кварцевания, проветривания, нарушение разведения, хранения, использования дезрастворов.



Пути решения выявленных проблем

1. При проведении лабораторного контроля по эпид.показаниям специалисту СЭС совместно с микробиологом необходимо детально изучить конкретную эпидситуацию, определить показания к отбору проб от больного, персонала, контактных и объектов внешней среды, объема исследований, точек отбора с учетом эпид.значимости предметов.

2. Внеочередной бактериологический контроль по эпидпоказаниям качества проведения противоэпидемических мероприятий проводить с учетом инструкции по бактериологическому контролю качества проведения противоэпидемических мероприятий в организации здравоохранения в соответствии с приложением 3 к Санитарным Правилам № 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», утвержденного приказом МЗ РК от 02.12.2022года.

3. При оформлении направления в баклабораторию конкретно указывать цель исследования.



4. С учетом высоких показателей носительства персоналом золотистого стафилококка провести прицельное обследование персонала на выявление MRSA с определением чувствительности
5. Рассмотреть вопросы своевременной замены дезинфектантов, антисептиков в отделениях высокой эпид.значимости
6. Усилить санитарно-противоэпидемический режим
7. Рекомендовать врачу эпидемиологу больницы №2 пройти обучение по ПИИК
8. Проводить семинары тренинги с медработниками по лабораторному контролю по эпид показаниям с оценкой конечных результатов.



РГУ «Семейское городское управление санитарно-эпидемиологического контроля Департамента санитарно-эпидемиологического контроля области Абай Комитета санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан»

Оценка исходного состояния МО и результатов лабораторного самоконтроля в 2-х медицинских организациях по г. Семей за последние 5 лет на основании данных 12 таблицы отчета АСУ ВБИ (2019-2023г.г.)

Участник № 3
Курманбаева Шынар Жамелхановна
ОЭК и Н за ВБИ



Сбор данных проводился по предоставленным ежегодным и ежемесячным отчетам по самоконтролю (таблица 12, АСУ ВБИ) в следующих медицинских организациях города Семей:

• **Больница скорой
медицинской помощи**

375 коек



• **Областной
перинатальный центр**

200 коек



Оценка исходного состояния БСМП

За анализируемый период (2019-2023) г. зарегистрирован 1 случай ИСМП ИОХВ в 2022 году с лабораторным подтверждением *Staphylococcus aureus*, а также при эпидемиологическом расследовании при взятии смывов с рук хирургов, у одного из опер.бригады был высеян *Staphylococcus aureus*. Данный случай был зарегистрирован как ИСМП.



Кочная мощность КГП на ПХВ «БСМП» УЗ области Абай рассчитана на 375 коек в Т.Ч.:

Хирургического профиля – 170 коек из них	Терапевтического профиля – 175 коек из них:	
Хирургическое отделение: чистая хирургия - 40 Гнойно-септическая хирургия - 30 Травматологическое отделение - 40 Ортохирургическое отделение - 20 Урологическое отделение - 20 Гинекологическое отделение – 20 Эндо - васкулярное хирургическое отделение - 12 Нейрохирургическое отделение - 18	Кардиологическое отделение №1 - 30 Кардиологическое отделение №2 - 50 Эндокринологическое отделение - 20 Гематологическое отделение - 20 Инсультный центр - 45	ОАРИТ, БИТ - 30 коек

Служба инфекционного контроля включает в себя дез.отдел, кабинет медицинских отходов и пищеблок

Штатная укомплектованность:

Госпитальный врач эпидемиолог – 1

Медсестра инфекционного контроля – 1.

Лабораторный мониторинг по производственному контролю проводится на базе собственной бактериологической лаборатории.



Анализ производственного контроля КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА за 2019-2023г.г.

	Наименование исследования		2019 год		2020 год		2021 год		2022 год		5 месяцев 2023 год	
			план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено
1	Персонал.	3. стаф	330	330	425	425	743	743	698	698	399	399
	Всего обследовано	Кишеч. флора	330	330	425	425	743	743	698	698	399	399
	В т.ч. с положительным результатом			8		7		5		1		0
2	Количество исследований воздуха, всего		300	307	492	344	420	340	588	574	239	239
3	БГКП, всего		2520	2822	2952	3522	3540	3538	3912	4291	1749	1749
4	Золотистый стафилококк, всего		2520	2822	2952	3522	3540	3538	3912	4291	1749	1749
5	На усл.-пат. микрофлору, всего		2520	2822	2952	3522	3540	3538	3912	4291	1749	1749
6	Исследовано на стерильность, всего		3624	3687	4523	4523	4821	4821	4850	4850	2150	2150
7	Операционное поле		60	60	72	72	72	72	72	72	30	30
8	Руки опер. хирургов		336	331	372	379	372	372	372	373	155	155
	Положительные		-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
9	Мед.инстр. и лаб посуда		1572	1558	2496	2479	2580	2649	2640	2494	1187	1187
10	Перев.мат		1488	1427	1824	1739	1824	1853	1824	1828	801	801
11	Компл.белья		144	144	288	282	288	291	360	324	120	120
9	Бак тесты		30	30	45	45	45	45	50	50	25	25
10	Дез растворы		40	40	55	55	55	55	75	75	35	35
	Положительные		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Удельный вес носительства st.aureus у персонала БСМП

	2019г.			2020г.			2021г.			2022г.			2023г.		
	Обсл. персонaла	Пол ож.	%	Обсл.персонала	Пол ож.	%	Об сл. пер сон ала	Пол ож.	%	Об сл. пер сон ала	Пол ож.	%	Об сл. пер сон ала	Пол ож.	%
Зол. стаф	330	8	2,42	425	7	1,65	743	5	0,67	689	1	0,14	399	0	0



- Коечная мощность КГП на ПХВ «Областной перинатальный центр» УЗ области Абай (1 корпус, 2 корпус) рассчитана на 200 коек в том числе:
 - Отделение патологии беременных - 45 коек
 - Дневной стационар - 10 коек
 - Отделение «Мать и Дитя» - 86 коек
 - Отделение патологии новорожденных и выхаживание недоношенных - 40 коек
 - Родильное отделение - 20 коек
- Штатная укомплектованность специалистами инфекционного контроля :
 - Госпитальный эпидемиолог - 2
 - Медсестра инфекционного контроля - 2У всех специалистов имеется обучение по вопросам ПИИК.
- Лабораторный мониторинг по производственному контролю проводится по договору с филиалом РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК по ВКО г. Семей.



Заболееваемость ГСИ среди новорожденных в перинатальном центре

№	Наименование	2019 год	2020 год	2021год	2022год	2023 год (5 мес.)
1.	Пузырчатка	-	-	-	-	1
2.	В/у сепсис	2	-	2	2	-
3.	Врожд.везикулопустулез	13	5	6	3	-
4.	В/у пневмония	1	-	-	-	-
5.	ОКИ	-	1	-	-	-
6.	Итого	16	6	8	5	1



Микробный пейзаж

№		2019	2020	2021	2022	2023	Итого
1.	St. aureus	5	0	0	2	0	7
2.	St. Epidermidis	5	5	5	3	1	19
3.	E. Coli	1	1	0	1	0	3
4.	Acinutebacter baumani	1	0	0	0	0	1
5.	St. haemolyticus	3	0	0	0	0	3
6.	Klebsiella pneumonia	0	0	2	0	0	2
7	Ps. aeruginosa	1	0	0	0	0	1
8	Итого	16	6	7	6	1	36



Анализ производственного контроля

КГП на ПХВ «Областной перинатальный центр» УЗ ОА за 2019-2023гг.

	Наименование исследования	2019 год		2020 год		2021 год		2022 год		5 месяцев 2023 год	
		план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено	план	выполнено
1	Персонал. Всего обследовано	498	498	486	486	635	635	649	649	560	560
	В.т.ч.с положительным результатом		-		-						
2	Количество исследований воздуха, всего	92	92	92	92	96	96	116	116	45	45
	Положительные								6		
3	БГКП, всего	616	616	616	616	576	576	852	852	284	284
	Положительные								13		1
4	Золотистый стафилококк, всего	536	536	536	536	536	536	752	752	240	240
	Положительные										
5	На усл-пат. Микрофлору, всего	536	536	536	536	536	536	316	752	240	240
	Положительные										
6	Исследовано на стерильность, всего	888	888	888	888	888	888	1356	1356	520	520
	В.т.ч. положительные										
7	Операционное поле	72	72	72	72	60	60	96	96	40	40
	Положительные										
8	Руки опер. хирургов	252	252	252	252	240	240	384	384	120	120
	Положительные										
9	Бак тесты	28	28	28	28	28	28	48	48	10	10
	Положительные										
10	Дез растворы	40	40	40	40	40	40	64	64	32	32
	Положительные								3		5



Удельный вес несоответствия по ПЦ

№	Наименование исследований	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023г. (5 мес.)
1	Воздух на ОМЧ	92	92	96	116	45
	В т.ч. положительные	0	0	0	6- 5,1%	0
2	БГКП всего	616	616	576	852	284
	В т.ч. положительные	0	0	0	1,3-1,5 %	1-0,3%
3	Дез. растворы	40	40	40	64	32
	В т.ч. положительные	0	0	0	0	0



Заболеваемость ИСМП (ГСИ) среди женщин ПЦ

№	Наименование	2019 год	2020 год	2021год	2022год	2023год
1	Эндометрит	-	-	-	1 (E.Coli)	1 (E.Coli)



Выводы

КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» за анализируемый период 2019-2023 гг зарегистрирован ИОХВ, при этом получен высев золотистый стафилакокк с рук хирурга. Имея возможность своей бактериологической лабораторий по остальным параметрам получены отрицательные результаты, нет циркуляция во внешней среде. Такая динамика наблюдается в течение пяти лет. Также, отмечается носительство стафилоккока среди мед. персонала. Удельный вес в 2019 году – 2,4, в 2020 году -1,6, в 2021 году- 0,6 2022 году – 0,1.



Пути решения выявленных проблем

- В ходе оценки исходного состояния и результатов лабораторного самоконтроля в курируемых МО за период с 2019 года по 2022 году, а также 5 месяцев 2023 года были получены следующие выводы:
- В период исследования был проведен анализ деятельности медицинских организаций по лабораторному контролю в рамках производственного контроля и связь полученных результатов с возникновением ИСМП.
- Отмечается необходимость принятия мер по профилактике и контролю золотистого стафилококка в БСМП.
- Своевременно проводить отстранение от работы носителей стафилакокка на санацию. Допускать на работу с контрольными отрицательными анализами.
- При составлении программы ПК учитывать эпид.значимые объекты, опасности, риски. Исключить проведение не целенаправленных исследований. Соблюдать кратность и объем исследований.
- По перинатальному центру учитывая нарушение дез.режима - высеваемость во внешней среде БГКП, обсемененность воздуха, выявление дез.растворов с заниженной концентрацией, усилить соблюдение дез.режима.



- Также при проведении производственного контроля по ПЦ соблюдать кратность обследования.
- Для эффективного лабораторного самоконтроля рекомендуется проведение обучающих программ для медицинского персонала о золотистом стафилококке, его распространении и методах профилактики. Важно обеспечить информированность всего персонала о рисках и необходимости соблюдения мер по контролю инфекции.
- Следует уделять особое внимание соблюдению гигиены рук и обучению персонала правильной технике мытья рук. Важно строго соблюдать процедуры стерилизации и антисептики в операционных блоках, реанимации, процедурных кабинетах и других местах, где проводятся медицинские процедуры. Проверка и обновление процедур по стерилизации и дезинфекции должны быть проведены для обеспечения соблюдения стерильности.



**«Профилактика инфекций и инфекционный контроль,
вопросы эпидемиологического надзора за ИСМП»
в рамках проекта НЦОЗ и ICAP**

**Оценка исходного состояния МО и результатов
лабораторного самоконтроля в мед организациях на
курируемой территории за последние 5 лет на основании
12 таблицы отчета АСУ ИСМП.**

Участник № 4

**Жумашева Роза Саматовна главный специалист
эпидемиологического отдела контроль за ВБИ УСЭК г. Атырау**



Актуальность

Главным аспектом по профилактике ИСМП является организация программ по ПИИК и четкое определение цели, основанные на местной эпидемиологической ситуации и приоритетах в соответствии с оценкой риска и функциями, которые способствуют профилактике ИСМП и качественный микробиологический и лабораторный потенциал необходимы для обеспечения надежного эпид.надзора за ИСМП.

Результаты бактериологических исследований крайне необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора за ИСМП в МО и организации профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Микробиологический мониторинг служит как компонент обеспечения качественного медицинского обслуживания в стационаре.



Оценка исходного состояния МО

- На контроле Управления санитарно-эпидемиологического контроля г. Атырау состоит 14 стационаров, для оценки выбраны стационары областного уровня:
- 1. Атырауская областная детская больница
- 2. Атырауский областной кардиологический центр
- Краткая характеристика 2-х медицинских организаций:
- КГП на ПХВ «Атырауская областная детская больница» мощностью 150 коек, в том числе отделение патологии новорожденных-20, отделение педиатрии-54, отделение травматологии- 28, отделение хирургии с операционным блоком-35, ОРИТ-12.
- В АОДБ подведены централизованная система водоснабжения (горячая, холодная), канализации, отопления. Освещение естественное и искусственное, за счет люминесцентных и ламп накаливания. Вентиляция приточно-вытяжная с бактерицидным фильтром.



- Приказом руководителя при ОДБ создана комиссия инфекционного контроля, в состав которого вошли председатель, заведующие структурных подразделениях, госпитальный эпидемиолог, медсестра ИК, главная медсестра, экономист.
- В состав КИК не вошли микробиолог, фармаколог, врач патологоанатом, инженер по обслуживанию ПВВ.
- Разработана и утверждена программа КИК, СОП по профилактике инфекции и инфекционного контроля (ПИИК).
- В АОДБ по штатному расписанию предусмотрена 1,0 ставка госпитального эпидемиолога и 1,0 ставка медсестры инфекционного контроля, укомплектованы ставки физическими лицами. Госпитальный эпидемиолог и медсестра инфекционного контроля не обучены по вопросам ПИИК.
- Стационар не имеет собственную микробиологическую лабораторию, производственный контроль осуществляется на договорной основе с аккредитованной лабораторией РГУ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК.



Заболеваемость ИСМП по АОДБ в период с 2019-2023 г.г.

- Заболеваемость ИСМП по АОДБ в период с 2019г.- 5 мес 2023 г.
- 2019 год – 0
- 2020 год- 0
- 2021 год- 0
- 2022 год- 2 случая ГСИ (сепсис, инфекция специфичная для перинатального периода)
- 2023 г. (5 мес.)- 2 случая ГСИ (сепсис, ИВЛ ассоциированная инфекция)



КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр» мощностью 150 коек, в том числе хирургическое отделение на 55 коек, с операционным блоком, кардиологическое отделение 60 коек, дневной стационар- 35 коек.

Приказом руководителя кардиологическом центра создана комиссия инфекционного контроля, в состав которого вошли председатель, заведующие структурных подразделениях, госпитальный эпидемиолог, медсестра ИК, главная медсестра, экономист, микробиолог, фармаколог, патолого-анатом на случай летальности, инженер по обслуживанию ПВВ.

Разработана и утверждена программа КИК, СОП по профилактике инфекции и инфекционного контроля (ПИИК).

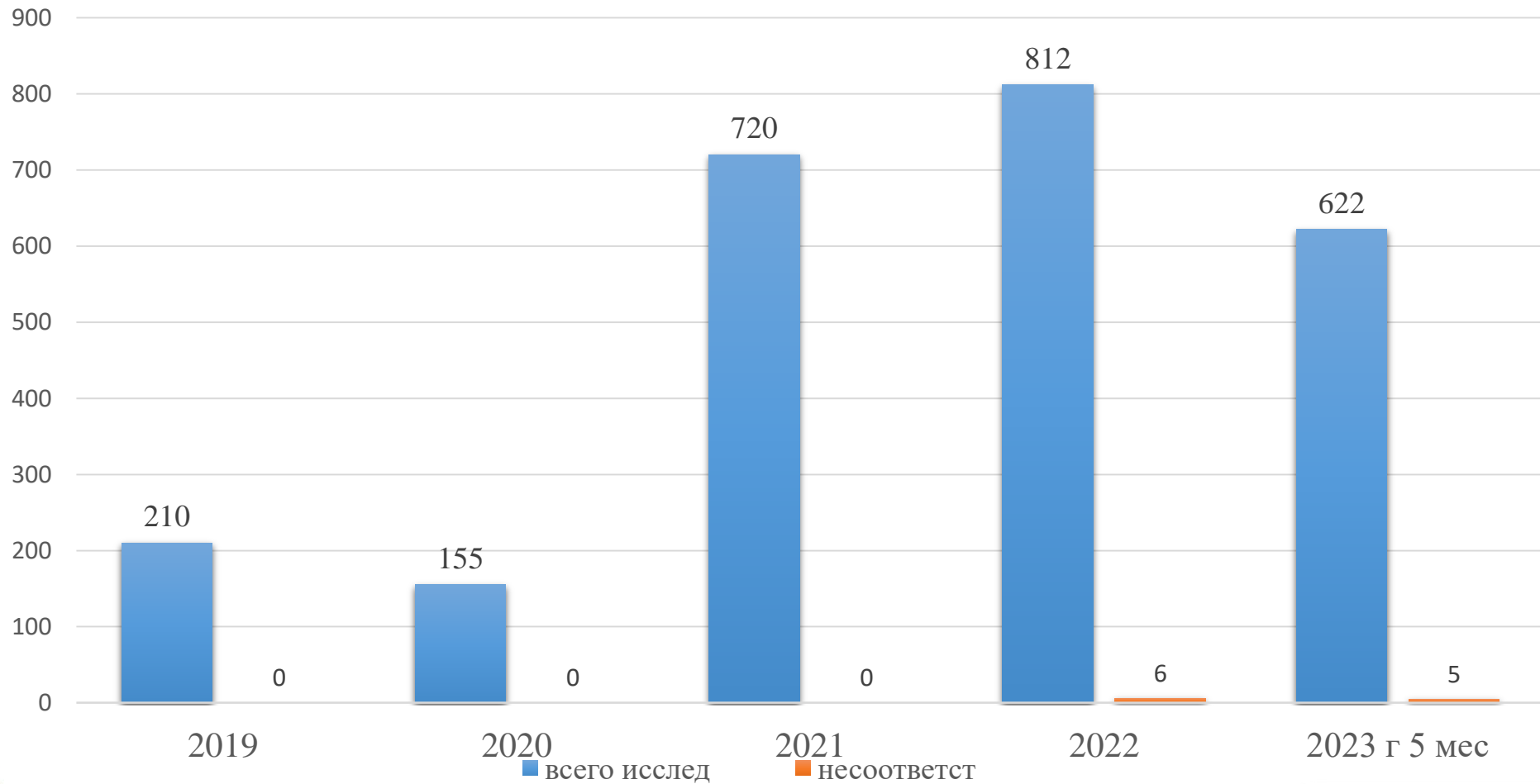
За 5 лет АОКЦ не зарегистрирован случай ИСМП.

Атырауский областной кардиологический центр не имеет собственную микробиологическую лаборатория, производственный контроль осуществляется на договорной основе с аккредитованной лабораторией РГУ «Национальный центр экспертизы» КСЭН МЗ РК.

Укомплектован специалистами инфекционного контроля, в штате предусмотрено 1,0 ставка врача эпидемиолога и 1,0 ставка помощника эпидемиолога (медицинской сестры инфекционного контроля). Оба специалиста обучены по профилактике инфекции и инфекционного контроля.



Производственный контроль в областной детской больнице с 2019-2023 гг.



За последние 5 лет положительные результаты ПК были выявлены только в 2022 г и за 5 мес. 2023 года.

В период с 2019-2021 г.г. положительных результатов лабораторных исследований не было выявлено.

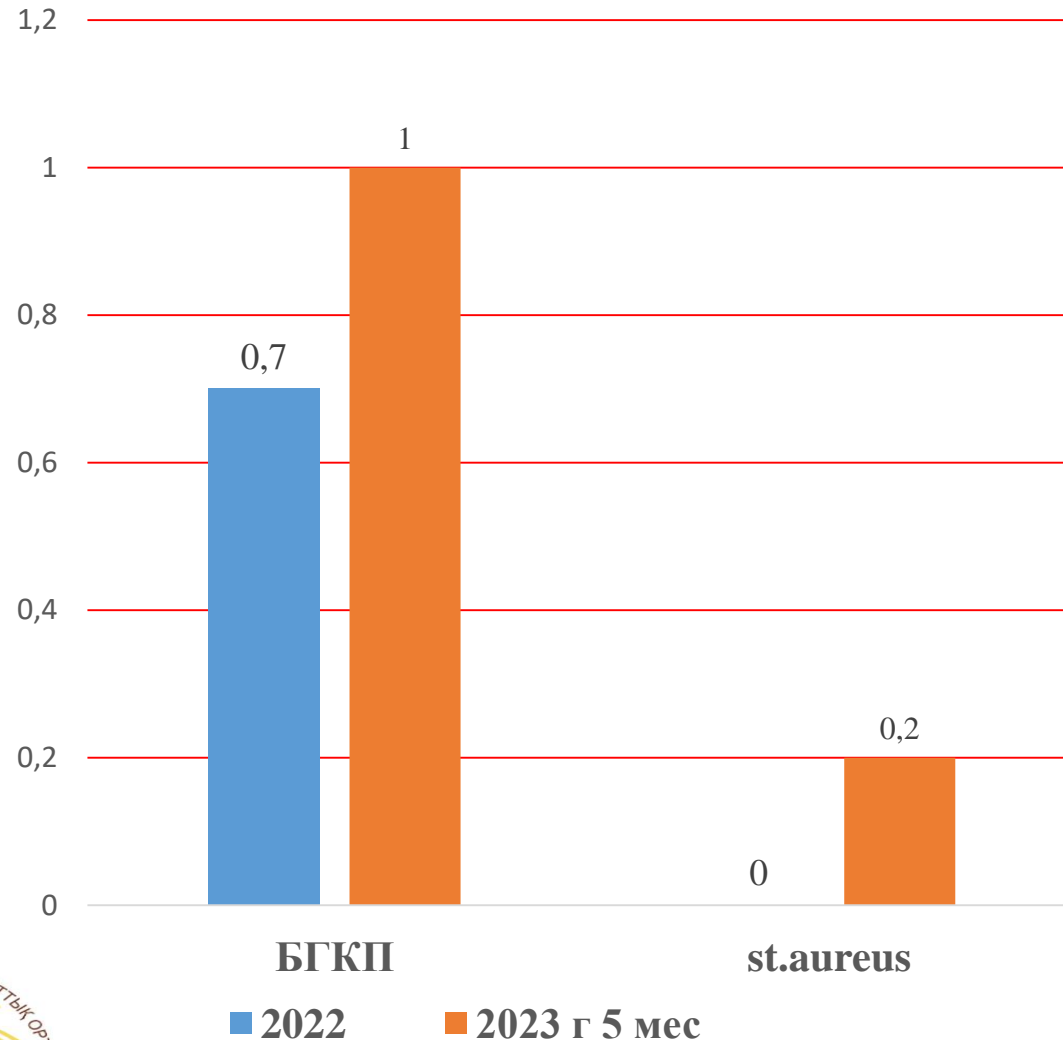
Согласно требованиям проводились не все виды исследований и не соблюдалась кратность лабораторных проб согласно Приказа №62;

Стационары ограничились забором проб смывов, воздуха, материала на стерильность, дез.средств;

Не проводилось обследование персонала на носительство золотистого стафилоккока и пат.флору, на наличие остатков крови и щелочных компонентов.



Микробный пейзаж выделенных культур ОДБ



- 2022 году из всего 608 взятых смывы на БГКП с положительным результатом выявлено-6, показатель положительного результата составил 0,7. Из 6 положительных, 2 с медицинских шкафов, 2 со штатива, 1 с рук медсестры, 1 со стен, 1 st.aureus.
- Со стороны госпитального эпидемиолога отсутствует контроль за проведением ПК, не берутся смывы с эпидемических значимых объектов, так же лабораторией выдаются нулевые результаты, что показывают не информативность, не эффективность, не целособразность.

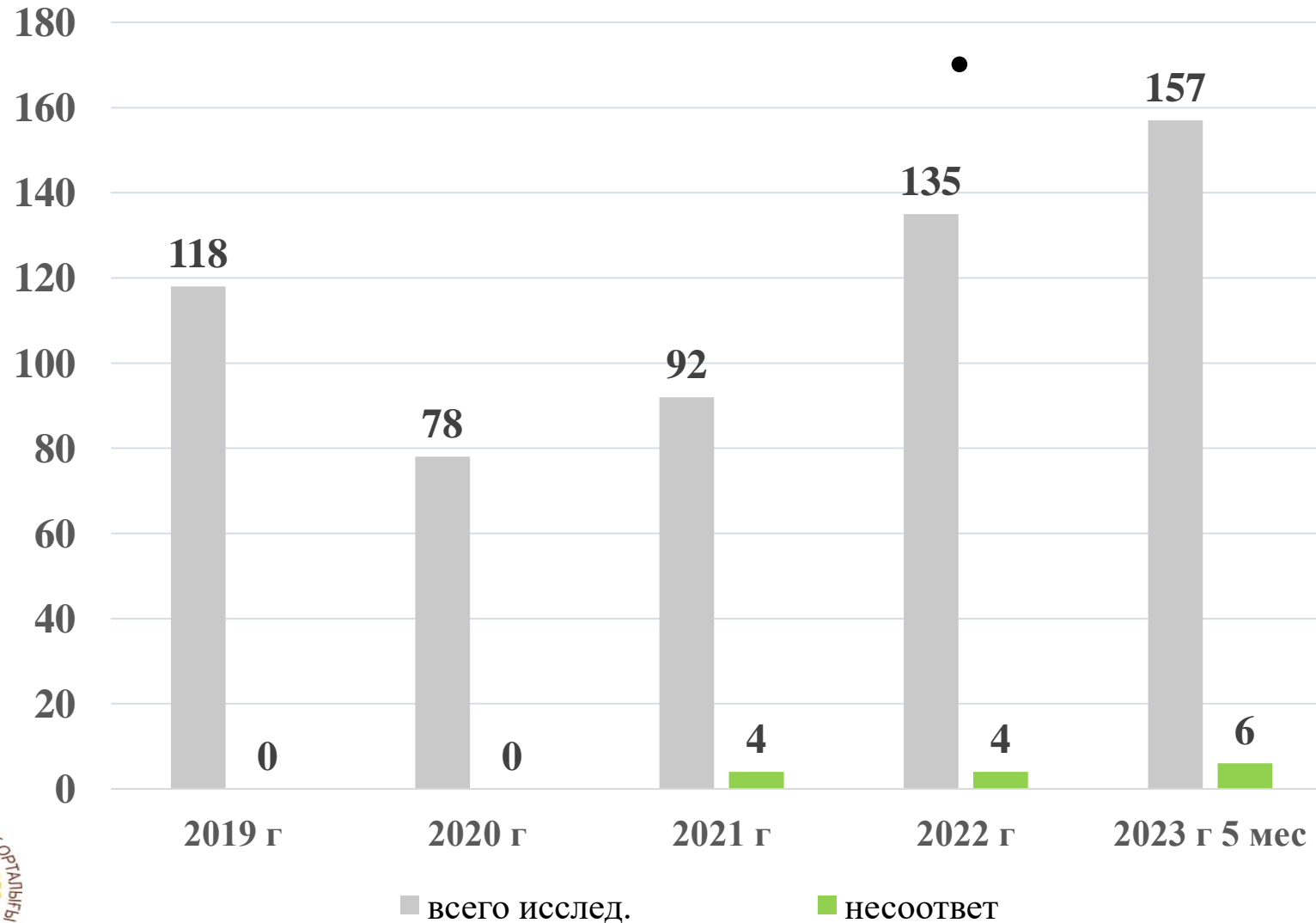


В Атырауской областной детской больнице при проведение производственного контроля не соблюдается объём и кратность исследования, а именно в операционных залах, родильные, реанимационные залы, стерилизационные, перевязочные, манипуляционных помещениях. Также исследование на стерильность медицинского инструментария, перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов, кожи операционного поля проводится только 1 раз в квартал, организациях охраны материнства и детства должно проводится 1 раз в неделю;

Не проводится бактериологическое исследование смывов с внешней среды на условно-патогенную и патогенную микрофлору именно с белья и с рук и спецодежды медицинского персонала.



Лабораторный самоконтроль в областном кардиологическом центре в период 2019-2023 г.г.



Выводы по областному кардиологическому центру

За последние 5 лет положительные результаты проведения производственного контроля выявлены только в 2021 году и за период 5 мес. 2023 года.

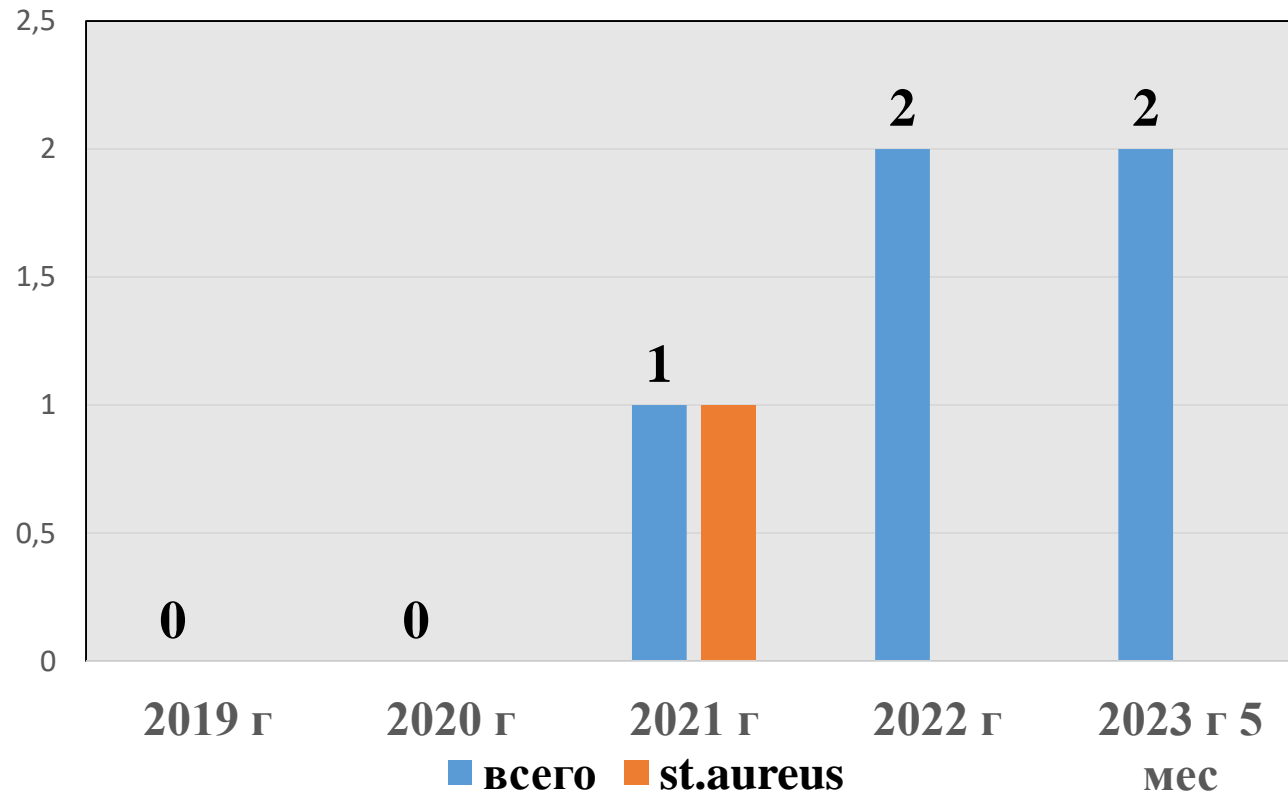
В период за 2019-2021 г.г. положительных результатов не выявлено.

Согласно требованиям СП №62 виды исследований и кратность обследований проводится не в полном объеме.

Ограничились только отбором проб смывов, воздуха, материала на стерильность, дез.средств.



Микробный пейзаж Кардиологического центра (2019-2023 г.г.)



- 2021-2023 годах высеив положительных, 1 с ручки двери, 1 со штатива, 1 с рук медсестры, 1 медицинского халата персонала, 1 с кушетки st.aureus.



Пути решения выявленных нарушений:

При составлении ПК соблюдать требования Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 62 от 7 апреля 2023 года Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля»:

- соблюдать кратность и объем исследования,
- осуществление необходимых лабораторных исследований;
- ведение учета и отчетности, установленной действующим законодательством, по вопросам, связанным с осуществлением производственного контроля;
- организация медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки сотрудников;
- контроль за своевременным оформлением работниками личных медицинских книжек
- обучение госпитального эпидемиолога по ПК,



Программа производственного контроля

- Порядок организации и проведения производственного контроля.
- Порядок организации и проведения медицинских осмотров.
- Сведения об учреждении.
- Перечень официально изданных санитарных правил, гигиенических нормативов и нормативно-правовых актов по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия в соответствии с осуществляемой деятельностью (приложение 1 к настоящей Программе производственного контроля).



7. При оформлении направления в баклабораторию конкретно указывать цель исследования.
8. Рассмотреть вопросы своевременной замены дезинфектантов, антисептиков в медицинских учреждениях
9. Для эффективного лабораторного самоконтроля рекомендуется проведение обучающих программ для медицинского персонала с оценкой конечных результатов. Важно обеспечить информированность всего персонала о рисках и необходимости соблюдения мер по контролю инфекции.
10. Своевременно проводить отстранение от работы носителей стафилоккока на санацию. Допускать на работу с контрольными отрицательными анализами.
11. При составлении программы ПК учитывать эпидзначимые объекты, опасности, риски. Исключить проведение не целенаправленных исследований. Соблюдать кратность и объем исследований,
12. Обучать персонал по правилам отбора, хранению, транспортировке, доставке проб в лабораторию.



13. При составлении программы производственного контроля соблюдать требования Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан № 62 от 7 апреля 2023 года Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля»:

- соблюдать кратность и объем исследования,
- осуществление необходимых лабораторных исследований;
- ведение учета и отчетности, установленной действующим законодательством, по вопросам, связанным с осуществлением производственного контроля;
- организация медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки сотрудников;
- контроль за своевременным оформлением работниками личных медицинских книжек
- обучение госпитального эпидемиолога по ПК.



Выводы:

- Выход специалиста санитарно-эпидемиологического контроля на единичные случаи ИСМП при отсутствии предвестников санитарно-эпидемиологического неблагополучия объекта обследования (отсутствие аварийных ситуации на водопроводе, канализации, вентиляции, неисправности дезинфекционно-стерилизационного оборудования, перебои в работе ЦСО, прачечной, благополучный сан.эпид.фон за предыдущие месяцы и т.д.) является *нецелесообразным, малоинформативным* – большая растрата ресурсов (человеческих, лабораторных и др.),
- Также не разработан и не утвержден НПА в замену №19 приказа МЗ РК «Правила организации и проведение инфекционного контроля в МО» от 15.01.2013года, где было определено типовое положение состава КИК, полномочия председателя, секретаря и каждого члена КИК, правила разработки программы ИК и др.



- В Приказе №19 было четкое разграничение эпидемиологического расследования случаев ИСМП: проводить самой МО при регистрации до 3х случаев, а при регистрации летального случая, от 3 и более случаев эпидемиологическое расследование проводилось специалистами территориального управления санитарно-эпидемиологического контроля, что и регламентировано в п. 17 приказа №169/2020 - при регистрации летальных случаев, а также трех и более случаев инфекционного, паразитарного заболевания и (или) отравлений, связанных между собой и зарегистрированных в один инкубационный период эпидемиологическое расследование проводится в течение суток (24 часов) со дня подачи последнего экстренного извещения).
- Таким образом, эпидемиологическое расследование является более эффективным и информативным, когда специалисты ПИИК МО оперативно при регистрации единичных случаев ИСМП сразу же проводят эпидемиологическое расследование, разворачивают противоэпидемические мероприятия, определяют границы очага, круг контактных, определяют показания назначения, объема лабораторных исследований с целью поиска источника инфекций, путей факторов рисков передачи, условий возникновения ИСМП и предотвращение его дальнейшего распространения в возникновении новых случаев.



Заклучение

1. Планировать отбор проб для проведения лабораторных исследований при осуществлении проверок объектов здравоохранения, проводить в соответствии с приложением 4 к Санитарным правилам, утвержденных Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020 и Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», утв. Приказом Министра здравоохранения РК от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151.
2. При выявлении положительных результатов лабораторных исследований проводить анализ выявленных несоответствующих проб и микробиологический мониторинг, включающий динамическую оценку циркуляции штаммов возбудителей ИСМП, их резистентности к антимикробным препаратам.
3. Тщательно проводить выборку эпидемиологически значимых объектов внешней среды соответственно регистрации случаев ИСМП в медицинских организациях.
4. Для оптимизации микробиологического мониторинга необходимо также определять биохимические характеристики микроорганизмов, оценивать их резистентность к антибиотикам.



5. При проведении лабораторного контроля по эпид.показаниям специалисту СЭС совместно с микробиологом необходимо детально изучить конкретную эпид.ситуацию, определить показания к отбору проб от больного, персонала, контактных и объектов внешней среды, объема исследований, точек отбора с учетом эпид.значимости предметов.

6. Внеочередной бактериологический контроль по эпид.показаниям качества проведения противоэпидемических мероприятий проводить с учетом инструкции по бактериологическому контролю качества проведения противоэпидемических мероприятий в организации здравоохранения в соответствии с приложением 3 к Санитарным Правилам № 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», утвержденного приказом МЗ РК от 02.12.2022 года.



Новизна работы

Предложение по внесению дополнений (изменений) в отчетную форму мониторинг АСУ ИСМП:

с целью расширения представления лабораторных данных о свойствах резистентности штаммов микроорганизмов вносить данные по антимикробной резистентности.



Список использованной литературы:

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».
- Приказ МЗ РК №169/2020 «Об утверждении правил регистрации и расследования, ведения учета и отчетности случаев инфекционных, паразитарных заболеваний и (или) отравлений, неблагоприятных проявлений после иммунизации» от 29.10.2020 года;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020.
- Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 976 с.
- Централизация клинических лабораторных исследований. Методические рекомендации. Кишкун А.А; Годков М.А; М.: 2013 г.
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-68 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации» от 29.07.2022 года.
- Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 06.06.2016г. № 239 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля»;



- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2023 года № ҚР ДСМ-62 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-234/2020 Об утверждении правил проведения санитарно-эпидемиологического аудита;
- Результаты планового лабораторного контроля (СЭС) за последние 5 лет на основании данных 10 таблицы отчета АСУ ВБИ (2019-2023г.г.) - Мониторинг заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Республике Казахстан с нарастанием;
- Анализ ИСМП 2019-2023 г.г. Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК;
- Клиническая лабораторная диагностика: руководство. В 2 томах. Том 1. / Под ред. В.В. Долгова. 2012. - 928 с. (Серия «Национальные руководства»)
- Н.И. Брико, И.В. Фельдблюм, Л.П. Зуева, Е.Б. Брусина, Ю.А. Захарова, А.В. Любимова, О.В. Ковалишена, В.Л. Стасенко. Организация и проведение эпидемиологического наблюдения и микробиологического мониторинга в учреждениях родовспоможения. Федеральные клинические рекомендации / – М., 2015 – 83 с.



НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



<https://hls.kz/>

