

**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и  
благополучия человека**

**ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора**

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор  
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора,  
академик РАН, профессор  
**Акимкин В.Г.**

«    » \_\_\_\_\_ 2019 г.



**Временная инструкция**  
по достижению целевых показателей Пилотного проекта

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕР БОРЬБЫ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ,  
СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

краткое наименование Пилотного проекта  
«Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»

Временная инструкция разработана Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Ежлова Е.Б., Игонина Е.П.), ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Орлова О.А., Сычева Н.В., Квасова О.А.), ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора (Шестопалов Н.В., Храпунова И.А., Шестопалова Т.Н.), ФБУН ЕНИИВИ Роспотребнадзора (Алимов А.В., Захарова Ю.А., Смирнова С.С.), ФБУН Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им.Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора (Гренкова Т.А.), ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России (Козлов Р.С.), ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России (Припутневич Т.В., Любасовская Л.А.), ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Митрохин С.Д.), ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №36 им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения г. Москвы (Мелкумян А.Р.), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Брико Н.И.), ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России (Фельдблюм И.В.), ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Голубкова А.А.), ФГАУ ННПЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко Минздрава России (Ершова О.Н.), Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ (Колосовская Е.Н.), ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора (Иванов И.В., Швабский О.Р.).

#### Содержание:

1.	Область применения	4
2.	Общие сведения	4
3	Участники Пилотного проекта	5
4.	Цель и сроки реализации пилотного проекта	6
5.	Алгоритм достижения целевых показателей программы пилотного проекта «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»	7
5.1	Целевой показатель № 1 «Обеспечение выявляемости ИСМП»	7
5.2	Целевой показатель № 2 «Снижение частоты выявления в медицинской организации ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП, обладающих множественной резистентностью к антибиотикам»	10
5.3	Целевой показатель № 3 «Снижение уровня потребления антимикробных лекарственных средств»	11
5.4	Целевой показатель № 4 «Доля лиц, успешно прошедших обучение по вопросам профилактики ИСМП среди всех категорий медицинских работников»	17
5.5	Целевой показатель № 5 «Обеспечение медицинских организаций спиртовыми кожными антисептиками для обработки рук и бесконтактными (некистевыми, сенсорными) дозаторами для кожных антисептиков и мыла»	18

5.6	Целевой показатель № 6 «Повышение приверженности (комплаентности) персонала медицинских организаций соблюдению правил антисептики и гигиены рук»	20
5.7	Целевой показатель № 7 «Охват персонала медицинских организаций – участников проекта профилактической вакцинацией в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям»	21
6	Нормативные ссылки	23
<b>Приложения:</b>		
1.	Формы учета выявляемости ИСМП по стандартному эпидемиологическому определению случая ИСМП	
2.	Формы учета устойчивости возбудителей ИСМП к антибиотикам	
3.	Алгоритм проведения анализа потребления антибиотиков	
4.	Тестовые задания для контроля обучения медицинского персонала по специализированным программам в области профилактики ИСМП и формы учета качества обучения	
5.	Формы учета потребности МО в спиртовых кожных антисептиках для обработки рук и бесконтактных дозаторах для них.	
6.	Алгоритм осуществления контроля гигиены рук и использования перчаток в МО	
7.	Форма учета данных о вакцинации медицинских работников МО	

## 1. Область применения

Настоящая временная инструкция разработана в соответствии с Приказом Роспотребнадзора от 09.07.2018 №616 «О совершенствовании системы эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи» и предназначены для **практической** организации деятельности по реализации Пилотного проекта «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи» (далее – Пилотный проект) органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, организаторами здравоохранения, эпидемиологами, врачами различных специальностей, работающих в медицинских организациях (МО) различного профиля, участвующих в реализации Пилотного проекта.

Временная инструкция содержит алгоритм и методику достижения целевых показателей программы Пилотного проекта в процессе его реализации.

## 2. Общие сведения

В современных условиях профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – является одной из глобальных мировых проблем. Актуальность ИСМП определяется их широким распространением, негативными последствиями для здоровья и жизни пациентов, персонала МО, увеличением расходов на оказание медицинской (в т.ч. стационарной) помощи, вследствие увеличения длительности стационарного лечения, снижения оборота койки, приводящих к росту потребности отрасли здравоохранения в дополнительных ресурсах.

Наиболее распространенными формами ИСМП являются инфекции в области хирургического вмешательства, инфекции кровотока, связанные с катетеризацией сосудов, инфекции дыхательных путей, ассоциированные с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией мочевого пузыря.

В Российской Федерации по данным официальной статистики ежегодно регистрируется около 25-30 тысяч случаев ИСМП (менее 0,1% от числа госпитализируемых пациентов), что не отражает реальной эпидемиологической ситуации и является результатом значительного недоучета случаев ИСМП; достоверные и полные статистические данные о социальном и экономическом бремени, причиняемом ИСМП государству и населению страны, отсутствуют.

Проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением «госпитальных» штаммов возбудителей ИСМП, обладающих тотальной резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что негативно влияет на качество лечения пациентов и эффективность профилактических мероприятий. Затраты на антибиотики и дезинфицирующие средства не приносят желаемого эффекта.

Риск развития ИСМП определяется количеством и инвазивностью проводимых лечебно-диагностических манипуляций, степенью эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды, свойствами возбудителей и особенностями течения хронических заболеваний пациентов, уровнем подготовки и квалификацией медицинского персонала. Интенсивное развитие и широкое применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения обуславливает появление новых рисков, определяет необходимость непрерывного совершенствования технологий, методов и средств профилактики и лечения ИСМП.

Исходя из вышеизложенного, во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева от 12.12.2016 г. №ДМ-П12-75пр. разработан Пилотный проект «Совершенствование мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации» (краткое наименование Пилотного проекта: «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»), который направлен на совершенствование системы эпидемиологического надзора и мер профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации. В ходе реализации Пилотного проекта планируется развитие научных исследований, отработка современных технологий профилактики, лабораторной диагностики и лечения ИСМП, в том числе направленных на сдерживание распространения устойчивости к антимикробным препаратам, разработка и внедрение технологий риск-менеджмента в МО - участниках проекта для последующего внедрения в практику здравоохранения страны.

### 3. Участники Пилотного проекта

Участники Пилотного проекта - медицинские организации 6 субъектов Российской Федерации, в которых проводились научные исследования по данной проблеме, и существует опыт реализации научно-исследовательских проектов, в каждом из которых принимают участие 2-3 МО различного уровня:

*г. Москва* - ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №36 им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ;

*г. Санкт-Петербург* - СПб ГБУЗ «Родильный дом №9»;

*Свердловская область* - МАУЗ «ГКБ №14», МАУЗ «ГКБ №40» г. Екатеринбург, ГБУЗ Свердловской области «Полевская центральная городская больница»;

*Тюменская область* - ГБУЗ Тюменской области «ОКБ №2», ГБУЗ Тюменской области «Перинатальный центр»;

*Пермский край* - ГБУЗ Пермского края «ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля», ГБУЗ Пермского края «ГКБ №7», ГБУЗ Пермского края «Кунгурская городская больница»;

*Хабаровский край* - КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗ Хабаровского края, КГБУЗ «Городская больница №10» МЗ Хабаровского края.

Критерии выбора МО-участников Пилотного проекта:

- многопрофильный стационар мощностью не менее 500 коек, работающий в режиме оказания плановой и экстренной медицинской помощи, имеющий в составе реанимационное отделение не менее чем на 12 коек, хирургическое отделение общего профиля мощностью не менее 40-60 коек;

- медицинская организация родовспоможения, имеющая в составе реанимационное отделение не менее чем 6 детских и 6 взрослых коек;

- центральная районная (городская) больница, имеющая в составе койки акушерского, хирургического, реанимационного профиля.

Выбор МО согласован с администрацией субъектов РФ и руководством органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов РФ.

***В соответствии с критериями выбора в реализации Пилотного проекта участвуют отделения хирургического, реанимационного, акушерского и неонатологического профиля.***

МО должны иметь: микробиологическую лабораторию, оснащенную оборудованием, позволяющим осуществлять идентификацию возбудителей до вида и определять их чувствительность к антибиотикам и дезинфицирующим средствам (для ЦРБ – возможность проведения таких исследований); специалистов-эпидемиологов, микробиологов и клинических фармакологов в штате (для ЦРБ – возможность привлечения клинического фармаколога, в том числе с использованием технологий телемедицины).

В каждом субъекте РФ – участнике Пилотного проекта в соответствии с приказом Роспотребнадзора от 09.07.2018г. №616 сформированы рабочие группы по реализации Пилотного проекта на региональном уровне и на уровне МО-участников Пилотного проекта.

Кроме того, для обеспечения координации и контроля хода реализации Пилотного проекта, а также проведения референс-исследований по идентификации госпитальных штаммов возбудителей ИСМП, оценке их чувствительности к антибиотикам и дезинфицирующим средствам к участию в Пилотном проекте привлекаются эксперты в области эпидемиологии, микробиологии, фармакологии, реаниматологии, хирургии, акушерства, неонатологии, организации здравоохранения, образовательной деятельности из ведущих научно-практических и учебных организаций различного ведомственного подчинения, объединенных в координационную рабочую группу по реализации Пилотного проекта.

#### **4. Цель и сроки реализации пилотного проекта**

**Цель проекта:** Обеспечение эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и снижение социально-экономического ущерба от ИСМП на основе совершенствования технологий и методов профилактики, диагностики и лечения, создания системы риск-менеджмента инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

**Срок реализации пилотного проекта:** 2018 - 2021 гг., включает в себя три этапа:

I этап – до 31 декабря 2019 г.,

II этап – до 31 декабря 2020 г.,

III этап – до 31 декабря 2021 г.

#### **5. Алгоритм достижения целевых показателей Пилотного проекта «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»**

**5.1. Целевой показатель № 1 «Обеспечение выявляемости ИСМП (по результатам независимой экспертной оценки)»:**

- **70%** от реального уровня заболеваемости – к концу II этапа;

- **100%** от реального уровня заболеваемости – к концу III этапа»

**Алгоритм достижения:**

Для реализации целевого показателя № 1 в МО – участниках Пилотного проекта организуется медицинское наблюдение методом сплошной выборки. Для организации эпидемиологического наблюдения применяется как пассивный, так и активный метод.

Пассивный метод предусматривает информирование медицинскими работниками врача-эпидемиолога МО о каждом выявленном случае ИСМП (подозрения на ИСМП).

Врачи-клиницисты анализируют состояние каждого пациента на наличие любых признаков инфекционных заболеваний. При выявлении таких признаков данные о пациенте

передаются врачу-эпидемиологу МО (варианты: донесение, отметка в электронной истории болезни и пр.).

Активный метод наиболее эффективен, так как это активный поиск и выявление случаев ИСМП с использованием стандартного определения случаев и результатов лабораторного обследования пациентов, из групп риска с целью выявления случаев ИСМП.

### *Алгоритм активного выявления ИСМП*

Активное выявление случаев ИСМП должно быть основано на ежедневном, систематизированном поиске и выявлении следующих признаков:

- повышение температуры тела пациента выше 38,0°C;
- выполнение дополнительных анализов крови, мочи, мокроты не предусмотренных стандартом оказания медицинской помощи;
- факт поступления биоматериала пациента в бактериологическую лабораторию для анализа;
- повышение маркеров бактериальных инфекций в клинических анализах крови (лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации, пресепсин, прокальцитонин и т.п.);
- выделение микроорганизмов в диагностически значимом титре в биоматериале из области послеоперационной раны, крови, мочи, мокроты и т.д.;
- наличие воспалительных изменений по данным инструментальных исследований (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ, бронхоскопия и т.д.);
- увеличение сроков пребывания пациента в ОРИТ или в профильном отделении (выше средних сроков для данной нозологии).
- назначение антибактериальных препаратов или заявка в аптеку на выдачу антибиотиков, не входящих в схемы антибиотикопрофилактики;
- наличие изменений в области послеоперационной раны (гиперемия, отек, выделения из раны и т.д.);
- назначение антисептиков при проведении перевязок;
- назначение физиотерапевтических процедур;
- проведение повторных оперативных вмешательств.

При наличии инвазивных устройств выявляют дополнительные признаки:

- при наличии центрального или периферического венозного катетера – изменения в области установки катетера, изменения в лейкоцитарной формуле общего анализа крови;
- при наличии мочевого катетера – изменение внешнего вида мочи, лейкоцитурия в общем анализе мочи;
- при наличии искусственной вентиляции легких – изменение характера мокроты, увеличение ее продукции, появление хрипов при аускультации легких.

У родильниц выявляют следующие дополнительные признаки:

- субинволюция матки, в том числе диагностированная методом УЗИ;
- признаки лохиометры или гематометры;
- патологический лактостаз;
- очаговые уплотнения в области молочной железы.

У новорожденных выявляют следующие дополнительные признаки:

- сроки возникновения ИСМП у новорожденного до момента постановки диагноза превышают 72 часа жизни;

- наличие акушерских пособий в родах и манипуляций на новорожденных (применение вакуум-экстракции, акушерских щипцов и др.);
- наличие продолжительных манипуляций по реанимации новорожденного в родильном зале;
- наличие серозно-гнойных выделений в области пупочной ранки, глаз;
- наличие тромбозомболических осложнений.

При наличии указанных изменений и их соответствия стандартному определению случая, формируется диагноз той или иной формы ИСМП, проводится учет и регистрация случая.

Организация работы по выявлению ИСМП и совершенствованию мер их профилактики в МО-участниках Пилотного проекта осуществляется комиссией по профилактике ИСМП, утвержденной руководителем МО. Руководство комиссией поручается одному из заместителей руководителя МО по медицинской части. Функции каждого из членов комиссии зависят от варианта организации общей системы выявления ИСМП в медицинской организации и утверждаются руководителем МО.

Главное – механизм реализации Пилотного проекта, его этапы, порядок действий и ответственные лица должен быть конкретизирован и утвержден руководителем МО, участвующей в Пилотном проекте.

Существует три варианта организации активного выявления этих признаков в МО:

1. При наличии медицинской информационной системы (МИС) с интегрированной лабораторной информационной системой (ЛИС) каждый из признаков определяется как сигнальный и ежедневно формируется отчет в виде таблицы, в которой отображаются все пациенты, имеющие хотя бы один из вышеперечисленных признаков.

При выявлении пациентов с признаками ИСМП проводится углубленный анализ истории болезни (при необходимости совместный осмотр с лечащим врачом) на наличие факта ИСМП и при его подтверждении и соответствии стандартному определению случая формируется диагноз той или иной формы ИСМП, проводится учет и регистрация случая (*Приложение 1*).

Врач-эпидемиолог или другой специалист из наиболее опытных клиницистов анализирует данные отчета, определяет приоритеты и задачи для каждого из участников, с целью подтверждения и регистрации случая ИСМП, контроля объема диагностики и лечения, проведения эпидемиологического анализа.

2. Если МИС в МО нет, то каждому из состава комиссии поручается выявление определенных признаков для ежедневного мониторинга.

Заведующий профильным отделением, проинформированный лечащим врачом об изменениях в состоянии пациента (характер мокроты, расхождение послеоперационной раны и др.), ежедневно информирует врача-эпидемиолога о наличии у пациента признаков ИСМП.

Сотрудник лаборатории в конце рабочего дня формирует отчет о пациентах, чей материал был доставлен в лабораторию для выполнения:

- бактериологических исследований;
  - дополнительных (повторных, срочных) анализов состава крови, мочи, мокроты на маркеры ИСМП;
- а также пациентов, в анализах которых выявлено:
- повышение маркеров бактериальных инфекций (лейкоцитоз, пресепсин, прокальцитонин);
  - наличие микроорганизмов в диагностически значимом титре из области



послеоперационной раны, крови, мочи, мокроты и т.д.;

Зав. аптекой формирует ежедневный отчет о требованиях на выдачу антимикробных препаратов в отделения стационара (обязательно по всем препаратам, которые были выданы, без привязки к стоимости и количеству) и передает его клиническому фармакологу.

Клинический фармаколог анализирует информацию по препаратам и выходит в отделения для изучения ситуации.

Врач-эксперт проводит экспертизу медицинских карт по законченному случаю, отбирая в первую очередь истории болезней тех пациентов, чей срок лечения в ОРИТ и в стационаре в целом превышает норматив, установленный для данной нозологии.

Главная медицинская сестра собирает от старших медицинских сестер ежедневные отчеты о лихорадящих в отделении, о клинических признаках ИСМП в области катетеров или в области раны при перевязках.

Врач-эпидемиолог, получая данные от всех участников комиссии, выступает в роли координатора, а в случае выявления ИСМП – проводит расследование и регистрацию случая. Одна из его важнейших функций - обеспечивает обратную связь между участниками для повышения качества мониторинга. (Например, пациенту антибиотики выписали, а анализы на маркеры ИСМП не взяли и пр.).

3. Третий вариант заключается в различных сочетаниях первого и второго (например, из ЛИСа выгружается ежедневный отчет, из аптеки – тоже, а данные о лихорадящих собираются вручную).

**Ежедневно** получаемые данные передаются врачу-эпидемиологу МО для проведения оперативного эпидемиологического анализа.

Врач-эпидемиолог совместно с заместителем главного врача по медицинской части и лечащим врачом пациента с учётом стандартных определений определяют тип случая:

- инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
- занос инфекции;
- внутриутробная инфекция, инфицирование (для новорожденных).

**Ежеквартально** проводятся заседания комиссии по профилактике ИСМП в соответствии с утвержденным руководителем МО планом, где рассматриваются эпидемиологическая ситуация в МО, группы и факторы риска развития ИСМП, тип случая инфекционного заболевания и при необходимости корректируются профилактические и противоэпидемические мероприятия. По результату заседания комиссии по профилактике ИСМП формируется отчет (в соответствии с **Приложением №1**), который передается в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpcripilot@yandex.ru](mailto:ismpcripilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

Случаи ИСМП и ВУИ подлежат регистрации в установленном порядке (подача экстренного извещения форма 058/у, запись в журнале регистрации инфекционных заболеваний форма 060/у).

Случаи заносов инфекции подлежат регистрации в соответствии с утверждённым перечнем инфекционных, паразитарных заболеваний (подача экстренного извещения форма 058/у, запись в журнале регистрации инфекционных заболеваний форма 060/у).

В том случае, если выявленное инфекционное заболевание не входит в выше указанный перечень (например, гнойно-септическое заболевание кожи, мягких тканей, возникшее до

госпитализации и не связанное с оказанием медицинской помощи), то экстренное извещение на него не подается.

**5.2. Целевой показатель № 2 «Снижение частоты выявления в медицинской организации ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП, обладающих множественной резистентностью к антибиотикам, не менее, чем на 5% от исходного уровня к концу III этапа»**

***Алгоритм достижения:***

Для определения ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП в МО – участниках Пилотного проекта должен быть организован микробиологический мониторинг, включающий в себя обследование:

- всех пациентов с признаками инфекции;
- пациентов, относящихся к группам риска по возникновению ИСМП, с учетом воздействующих факторов (искусственная вентиляция легких, катетеризация сосудов и мочевыводящих путей, дети с низкой и экстремально низкой массой тела и пр.);
- объектов внешней среды по эпидемиологическим показаниям.

В период **до 01 марта 2019 года** заведующей лабораторной службой МО-участника Пилотного проекта необходимо провести анализ результатов микробиологических исследований биологического материала, полученного от пациентов и смывов с объектов внутрибольничной среды в каждом отделении хирургического, реанимационного, акушерского, неонатологического профиля за 2018 год.

В ходе реализации проекта необходимо обеспечить идентификацию устойчивых штаммов внутрибольничного происхождения и устойчивых штаммов, циркулирующих в популяции.

Оценку случаев множественной резистентности (MDR), экстремальной резистентности (XDR) и панрезистентности (PDR) возбудителей ИСМП к антимикробным препаратам проводят в соответствии с определениями, принятыми в международной практике (Clin Microbiol Infect. 2012;18(3):268-81, письмо главного внештатного специалиста МЗ РФ по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Р.С. Козлова № 66Л-02/18 от 01.10.2018 года), с учетом видовой принадлежности микроорганизмов.

Согласно определениям, изложенным в вышеперечисленных источниках, для подавляющего большинства случаев:

MDR – устойчивость хотя бы к одному представителю в трех классах (группах) антимикробных препаратов (АМП),

XDR – устойчивость к представителям всех, за исключением 1-2 классов (групп) АМП,

PDR – устойчивость ко всем представителям всех классов (групп) АМП, доступных для терапевтического использования.

Дополнительно в ходе реализации проекта необходимо оценить количество заносов устойчивых штаммов микроорганизмов в медицинские организации, эффективность мероприятий по недопущению их распространения в медицинской организации.

После определения ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП врачом-эпидемиологом проводится расчет коэффициента видового разнообразия микроорганизмов, определяется степень эпидемиологического благополучия в стационаре и разрабатывается (при наличии – корректируется) план профилактических (противоэпидемических) мероприятий.

Таким образом, при реализации мероприятий целевого показателя № 2 должны быть оценены следующие показатели:

1. доля (%) пациентов с установленной ИСМП, обследованных микробиологически с целью идентификации возбудителя, от общего числа лиц с установленной ИСМП;
2. коэффициент видового разнообразия микроорганизмов (более 0,4 по итогам года);
3. доля возбудителей с множественной устойчивостью к антибиотикам от общего числа выделенных культур (*Приложение 2*).

Частота выявления в МО, ведущих этиологически значимых возбудителей ИСМП, обладающих множественной резистентностью к антибиотикам оценивается *ежемесячно* руководителем лабораторной службы МО. Результаты оценки данных показателей (в соответствии с *Приложением №2*), *ежеквартально* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpcrilot@yandex.ru](mailto:ismpcrilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

**5.3. Целевой показатель № 3 «Снижение уровня потребления антимикробных лекарственных средств на:**

- **5% к концу II этапа;**
- **10% к концу III этапа»**

**Алгоритм достижения:**

Для реализации целевого показателя № 3 в МО – участниках Пилотного проекта должны быть разработаны и утверждены комиссией по профилактике ИСМП следующие протоколы применения антибактериальной терапии:

- протокол стартовой антибактериальной терапии (в соответствии с профилем отделений);
- протокол замены стартовой антибактериальной терапии на этиотропную;
- протокол периоперационной антибактериальной профилактики.

Решение о назначении антибактериальной терапии из группы антибиотиков резерва должно приниматься совместно с клиническим фармакологом (при его отсутствии – начмедом). В историях болезни должно быть оформлено обоснование применения антибактериальной терапии с указанием выбранного протокола.

В период **до 01 марта 2019 года** в МО – участниках Пилотного проекта необходимо провести оценку уровня потребления антимикробных лекарственных средств за 2018 год, который будет принят как ординарный для проведения последующих расчетов.

Оценка структуры и объема потребления антибиотиков осуществляется на основе следующих показателей:

*Для взрослых:*

- общее количество израсходованных суточных доз антимикробных препаратов на 100 пациентов-дней за период времени;
- количество израсходованных суточных доз основных групп антимикробных препаратов на 100 пациентов-дней за период времени.

*Для детей:*

- общее количество дней потребления антимикробных препаратов на 100 пациенто-дней за период времени;
- количество дней потребления антимикробных препаратов основных групп на 100 пациенто-дней за период времени.

## **Анализ общего и структурного потребления антибиотиков в стационаре: DDD – анализ**

Наиболее широко принятым методом оценки антибиотиков (АБ) является DDD - анализ (DDD – Defined Daily Dose, установленная суточная доза). Этот метод был принят ВОЗ более 20 лет назад как вариант стандартизации исследований по применению лекарств в различных странах. DDD теоретически соответствует средней поддерживающей дозе лекарственного препарата при его использовании по основному показанию. Единицей измерения DDD служит количество (г, мг и др.) активного вещества в сутки. Для комбинированных АБ DDD разработаны для широко известных препаратов. В этом случае DDD не превышает DDD активных компонентов, единицей измерения служит количество разовых доз (число таблеток, капсул и т.д.) АБ в сутки.

Информация о величине DDD представлена в справочном приложении на стр. 15 данной инструкции. При отсутствии индекса DDD у применяемого в стационаре АБ необходимо обратиться в ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора по e-mail: ismpcrie@yandex.ru

### ***Пример 1.***

*Оценить уровень потребления карбапенемов в отделении общей хирургии за 2012 и 2014 гг. Общий койко-день ЛПУ в 2012 г. составил 192702. По данным аптеки ЛПУ в отчетном году отделением общей хирургии было использовано 360 флаконов эртапенема по 1,0 гр., 10920 флаконов меропенема по 1,0 гр., 2795 флаконов имипенема/циластатина по 0,5 + 0,5 гр. Для эртапенема АТС/DDD индекс = 1,0 гр. DDD эртапенема = 360/1 = 360. Для меропенема АТС/DDD индекс = 2,0 гр. DDD меропенема = 10920 / 2 = 5460. Для имипенема/циластатина АТС/DDD индекс = 2,0 гр. по имипенему. DDD имипенема/циластатина = 2795 / 4 = 699. Общее DDD для карбапенемов = 360 + 5460 + 699 = 6519. Далее потребление АМП нужно рассчитать на 100 койко-дней (к/д) по формуле:*

$$\text{Потребление 2012г} = \frac{6519 \times 100}{192706} = 3,38 \text{ DDDs/100к/д}$$

*Общий койко-день ЛПУ в 2014 г. составил 211972. По данным аптеки ЛПУ в отчетном году отделением общей хирургии было использовано 560 флаконов эртапенема по 1,0 гр., 12920 флаконов меропенема по 1,0 гр., 3995 флаконов имипенема/циластатина по 0,5 + 0,5 гр. Для эртапенема АТС/DDD индекс = 1,0 гр. DDD эртапенема = 560/1 = 560. Для меропенема АТС/DDD индекс = 2,0 гр. DDD меропенема = 12920 / 2 = 6460. Для имипенема/циластатина АТС/DDD индекс = 2,0 гр. по имипенему. DDD имипенема/циластатина = 3995 / 4 = 998. Общее DDD для карбапенемов = 560 + 6460 + 998 = 8018.*

$$\text{Потребление 2014г.} = \frac{8018 \times 100}{211972} = 3,78 \text{ DDDs/100к/д}$$

**Вывод:** таким образом, потребление карбапенемов в данном ЛПУ увеличилось в 2014 г. на 11,8% по сравнению с 2012 г.

### ***Пример 2.***

*Оценить уровень потребления препаратов цефатаксима и ампициллин/сульбактама (Сультасин) в отделении общей хирургии.*

Известно, что за анализируемый период в отделении использовано 560 флаконов цефотаксима по 1,0; 30 упаковок препарата Сультасин фл 0,5+0,250 №1; 100 упаковок препарата Сультасин фл 0,1+0,5 №1.

За анализируемый период в отделении пролечено 124 больных, средний койко-день составил 15,6.

Расчет потребления АБ в отделении проводится по формуле: 
$$\frac{DDDs \times 100}{\text{общий койко-день}}$$

(см. Таблицу 1)

где: DDDs – количество использованных средних суточных доз препарата;  
общий койко-день = средний койко-день x общее количество пролеченных больных.

Таблица 1

Расчет DDDs

ЛС	Известные данные			Расчетные данные	
	Количество ЛС (гр) в 1 упаковке	Количество упаковок	DDD ( гр.)	Количество DDD в 1 упаковке	DDDs
Цефотаксим 1,0	1,0	560	2	0,5	280
Сультасин фл 0,5+0,250 №1	0,75	30	1	0,75	22,5
Сультасин фл 0,1+0,5 №1.	1,5	100	3	0,75	75

Примечание.

Количество DDD в 1 упаковке =  $\frac{\text{Количество АБ (гр) в 1 упаковке}}{DDD \text{ (гр.)}}$  =  $\frac{1}{2}$  = 0,5

DDDs = Количество DDD в 1 упаковке x Количество упаковок = 0,5 x 560 = 280.

Далее проводится:

а. Расчет общего койко-дня:

Общий койко-день = 124 x 15,6 = 1934,4

б. Расчет потребления цефотаксима:

$\frac{280 \times 100}{1934,4} = 14,47 \text{ DDDs/100 койко-дней}$

в. Расчет потребления Сультасина в дозировке 0,75:

$\frac{22,5 \times 100}{1934,4} = 1,16 \text{ DDDs/100 койко-дней}$

г. Расчет потребления Сультасина в дозировке 1,5:

$\frac{75 \times 100}{1934,4} = 3,87 \text{ DDDs/100 койко-дней}$

Общий уровень потребления препарата Сультасин:  $1,16 + 3,87 = 5,03$  DDDs/100 койко-дней

**Вывод:** потребление цефотаксима в отделении общей хирургии составляет 14,47 DDDs/100 койко-дней, что значительно выше (практически в 3 раза) уровня потребления препарата Сультасин, потребление которого составляет 5,03 DDDs/100 койко-дней за анализируемый период, что говорит о предпочтении врачами - хирургами применения цефалоспоринов 3 поколения по сравнению с защищенными пенициллинам без ориентирования на микробный пейзаж отделения, т.е. отдается предпочтение эмпирической терапии.

### Анализ общего и структурного потребления антибиотиков в неонатологии: (DOT/LOT анализ)

Для оценки уровня потребления АБП в неонатологии метод defined daily dose (DDD) не применим, поскольку дозирование лекарственных средств в педиатрии чаще проводится из расчета на килограмм веса. В настоящее время оптимальными методами для педиатрической практики являются подсчет дней (days of therapy - DOT) и продолжительности (length of therapy - LOT) антимикробной терапии.

Для каждого отделения должен быть создан электронный регистр (в формате Excel), отражающий паспортную часть и информацию о проводимой/не проводимой антибактериальной терапии каждые сутки жизни для каждого новорожденного:

Дата	ФИО	Дата поступления/перевода	Антибиотик	Дозировка	Режим дозирования	Вес
01.01.2017	Шестерин Т. А.	27.12.2016 14:00:27	нет			2550
01.01.2017	ЗЕНКОВСКАЯ Е. В.	15.12.2016 18:17:59	Ванкомицин	30 мг/кг/сутки		
01.01.2017	ЗЕНКОВСКАЯ Е. В.	15.12.2016 18:17:59	Сульперазон	80 мг/кг/сутки		
01.01.2017	ДАВЫДОВ Я. М.	23.12.2016 09:16:48	Амписид	150 мг/кг/сутки		
01.01.2017	ЗЕНКОВСКАЯ Е.В.	15.12.2016 18:18:30	Нет			
01.01.2017	ЧИЖОВА А. М.	28.12.2016 02:09:22	нет			
01.01.2017	ИЛЬИНА И. В.	16.11.2016 15:33:20	Амписид	150 мг/кг/сутки		1600
01.01.2017	ИЛЬИНА И. В.	16.11.2016 15:33:20	Ванкомицин	30 мг/кг/сутки		1600
01.01.2017	ИЛЬИНА И. В.	16.11.2016 15:33:20	Сульперазон	80 мг/кг/сутки		1600
01.01.2017	РУМЯНЦЕВ В. Д.	29.12.2016 09:27:34	нет			
01.01.2017	ВАСЬКИНА Н.В.	29.12.2016 12:05:58	Ампициллин	100 мг/кг/сутки		1050
01.01.2017	ВАСЬКИНА Н.В.	29.12.2016 12:05:58	Гентамицин	2,5 мг/кг/сутки		1050
01.01.2017	Смагина А. В.	30.12.2016 21:25:57	Кубицин	6 мг/кг/сутки		1680
01.01.2017	Смагина А. В.	30.12.2016 21:25:57	Меропенем	60 мг/кг/сутки		1680
01.01.2017	КРАСНОВА Е.В.	28.12.2016 18:40:53	Ампициллин	100 мг/кг/сутки		2700
01.01.2017	КРАСНОВА Е.В.	28.12.2016 18:40:53	Гентамицин	5 мг/кг/сутки		2700
01.01.2017	НИКУЛИНА С. П.	24.12.2016 16:06:18	Ванкомицин	30 мг/кг/сутки		1960
01.01.2017	НИКУЛИНА С. П.	24.12.2016 16:06:18	Сульперазон	80 мг/кг/сутки		1960
01.01.2017	ОНАЦКАЯ Э. Е.	31.12.2016 23:07:11	Нет			1760

Информацию в дневник заносят ежедневно с момента рождения / поступления ребенка до перевода из отделения. Ежеквартально оценивают уровень потребления АБП в неонатальных отделениях. Для сравнительной оценки уровня потребления АБП введены следующие понятия:

**Продолжительность антибактериальной терапии (ПАТ)** – сумма календарных дней, когда новорожденный получал антибактериальную терапию (независимо от числа антибиотиков, применяемых одновременно). Так, если ребенок получал комбинацию ампициллин+гентамицин в течение 7 дней, то ПАТ составляет 7 дней. ПАТ всех новорожденных, пролеченных за исследуемый промежуток времени, суммировали и получали общий абсолютный показатель для отделения (ПАТ абс).

**Дни антимикробной терапии (ДАТ)** - это количество дней, когда новорожденный получал терапию конкретным антибиотиком. Так, если ребенок получал комбинацию

ампициллин и гентамицин в течение 7 дней, то это 7 ДАТ ампициллина и 7 ДАТ гентамицина, всего 14 ДАТ. ДАТ всех новорожденных, пролеченных каждым из антибиотиков, суммировали:

$$\sum \text{ДАТ} = \text{ДАТ}_{x1} + \text{ДАТ}_{x2} + \text{ДАТ} \dots \text{xn}),$$

где x - название антибиотика (международное непатентованное). В результате получали абсолютный показатель суммарного потребления АБП.

ПРИМЕЧАНИЕ: Профилактическое введение антибиотиков с целью предоперационной профилактики считают днем антибактериальной терапии.

Для возможности сравнения различных отделений и временных промежутков, независимо от количества детей, пролеченных в отделении и количества пациенто-дней, проведенных ими в отделении, пересчитывают абсолютные показатели на относительные (на 1000 пациенто-дней) (ПД):

ПАТ на 1000 ПД рассчитывают по формуле:

$$\text{ПАТ} = \frac{1000 \times \sum \text{ПАТ}_{\text{каждого новорожденного}}}{\sum \text{ПД всех новорожденных, пролеченных в отделении}}$$

ДАТ для каждого антибиотика на 1000 ПД рассчитывают по формуле:

$$\text{ДАТ}_x = \frac{1000 \times \sum \text{ДАТ}_x \text{ каждого новорожденного}}{\sum \text{ПД}}$$

где x – название АБП (международное непатентованное).

Данный показатель отражает количество антибактериальных препаратов, в среднем применяемых одновременно одному ребенку, получившему терапию антибиотиками.

Анализ уровня потребления антимикробных лекарственных средств оценивается *ежемесячно* клиническим фармакологом МО. Результаты оценки данных показателей (в соответствии с *Приложением №3*), *ежеквартально* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpciepilot@yandex.ru](mailto:ismpciepilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

Справочное приложение

### Индекс АТС/DDD для антибиотиков по расчетам специалистов ВОЗ

(<http://www.whocc.no/atcddd>)

№	Лекарственный препарат (все формы выпуска)	АТС/DDD индекс
1	Меропенем	2,0
2	Цефепим	2,0
3	Пиперациллин/тазобактам	14,0
4	Эртапенем	1,0
5	Цефатоксим	4,0
6	Гентамицин	0,24

7	Амикацин	1,0
8	Тобрамицин, р-р для ингаляций	0,3
9	Ампициллин	2,0
10	Ампициллин/сульбактам	6,0
11	Полимиксин В	0,15
12	Имипенем	2,0
13	Цефазолин	3,0
14	Пефлоксацин	0,8
15	Цефоперазон/сульбактам	4,0
16	Ципрофлоксацин, табл.	1,0
	Ципрофлоксацин, р-р для инъекций	0,5
17	Тигациклин	0,10
18	Ванкомицин	2,0

**5.4. Целевой показатель № 4 «Доля лиц, успешно прошедших обучение по вопросам профилактики ИСМП среди всех категорий медицинских работников:**

- 50% к концу II этапа;
- 100% к концу III этапа»

**Алгоритм реализации:**

Обучение различных категорий медицинских работников по специализированным программам обучения по профилактике ИСМП проводится в рамках непрерывного профессионального образования в образовательных учреждениях и непосредственно на рабочих местах в МО.

Обучение в МО проводится не реже 1 раза в год в зависимости от категории медицинского персонала врачом-эпидемиологом с врачами, главной медицинской сестрой – со средним и младшим медицинским персоналом, в соответствии с разработанными тестами (*Приложение №4*). Обучение по новым нормативным документам проводится вне графика.

*Формы обучения медицинского персонала в МО:*

- общебольничные конференции;
- семинары отдельные для врачей, среднего и младшего медицинского персонала;
- практические занятия на рабочем месте;
- проведение вводного и ежегодного инструктажей;
- разработка и внедрение эпидемиологически безопасных алгоритмов проведения медицинских манипуляций.

*Формы вводный и ежегодного контроля:* тестирование и тестирование с оценкой практических навыков.

Успешно прошедшими обучения считаются лица, правильно ответившие на 80-100% тестов (*Приложение 4*).

С лицами, правильно ответившими на 60-79% и менее 60% тестов, проводится обсуждение непонятого учебного материала, при необходимости – повторное обучение.

Для организации обучения и тестирования могут привлекаться сотрудники кафедр образовательных организаций медицинского профиля.



Таким образом, к концу II этапа проекта 50% медицинских работников, прошедших обучение, должны сдать тестовый контроль на 80-100%, к концу III этапа – 100%.

Доля лиц, успешно прошедших обучение по вопросам профилактики ИСМП среди всех категорий медицинских работников оценивается *ежеквартально* сотрудником МО, ответственным за проведение обучения. Результаты оценки эффективности проведения обучения (в соответствии с *Приложением №4*), *ежегодно* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpcriepilot@yandex.ru](mailto:ismpcriepilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

#### **5.5. Целевой показатель № 5 «Обеспечение медицинских организаций:**

- спиртовыми кожными антисептиками для обработки рук – 100% от расчетной потребности к концу II этапа;
- бесконтактными (некистевыми, сенсорными) дозаторами для кожных антисептиков и мыла – 100% от расчетной потребности к концу III этапа»

#### ***Алгоритм реализации:***

Для оценки обеспечения МО – участников Пилотного проекта спиртовыми кожными антисептиками, мылом и бесконтактными дозаторами в период **до 01 марта 2019** года должны быть проведены следующие мероприятия:

- расчет потребности в кожных антисептиках с учетом количества работающих лиц, пациентов, посетителей и выполняемых медицинских манипуляций;
- расчет потребности в жидком мыле с учетом количества работающих лиц, пациентов, посетителей и выполняемых медицинских манипуляций;
- разработка схемы размещения бесконтактных дозаторов для жидкого мыла и кожных антисептиков с учетом необходимости и удобства обработки рук.

Следует учесть, что дозаторы должны быть размещены во всех медицинских кабинетах, манипуляционных, а также в эпидемиологически значимых местах МО (палаты новорожденных, родильниц, интенсивной терапии и реанимации, а также входы в отделения интенсивной терапии и реанимации, гнойной хирургии, родовое, неонатологии). В отделениях реанимации потребность в дозаторах рассчитывают исходя из требований: 1 дозатор на 1 реанимационную койку.

#### ***Алгоритм расчета потребности МО в спиртовых кожных антисептиках для обработки рук и бесконтактных (некистевых, сенсорных) дозаторах для спиртовых кожных антисептиков.***

1. Алгоритм расчета потребности МО в спиртовых кожных антисептиках должен определяться исходя из следующих норм расхода:

- для обработки 1 пары рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов, катетеризации центральных сосудов, выполнении стерильных эндоскопических манипуляций, пункциями тканей, полостей, спинномозгового канала – не менее 10 мл спиртовых кожных антисептиков;
- для гигиенической обработки 1 пары рук – не менее 3 мл спиртовых кожных антисептиков.

1.1. Потребность в спиртосодержащих антисептиках для обработки рук хирургов, операционных сестер, акушеров и других специалистов, участвующих в оперативных вмешательствах, приеме родов, катетеризации центральных сосудов, выполнении стерильных эндоскопических манипуляций, пункциями тканей, полостей, спинномозгового канала рассчитывается по следующей формуле:

$$V_o = Q_o \times Q_{об} \times 0,01$$

где:

$V_o$  – общий объем спиртосодержащего антисептика для обработки рук перед оперативными вмешательствами и другими инвазивными манипуляциями, л;

$Q_o$  – количество операций и других инвазивных манипуляций в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

$Q_{об}$  – количество членов операционной бригады или участников других инвазивных манипуляций.

1.2. Потребность в спиртосодержащих антисептиках для гигиенической обработки рук рассчитывается по следующей формуле:

$$V_{гиг} = C \times M \times P \times 0,003$$

где:

$V_{гиг}$  – общий объем спиртосодержащего антисептика для гигиенической обработки рук, л;

$M$  – количество специалистов всех категорий в медицинской организации

$C$  – количество суток в расчетном периоде (месяц, квартал, полугодие, год);

$P$  – среднее число показаний к гигиенической обработке рук в сутки.

2. Алгоритм расчета потребности МО в бесконтактных (некистевых, сенсорных) дозаторах для спиртовых кожных антисептиков должен определяться исходя из необходимости их наличия:

- на посту дежурного медицинского персонала, в процедурном кабинете, в перевязочном кабинете каждого структурного подразделения реанимационного, хирургического, акушерского и неонатологического профиля МО – участника Пилотного проекта;

- около каждой кровати, в палате отделения реанимации и неонатологии, и в других эпидемиологически значимых мест (т.е. мест с наиболее высоким эпидемиологическим риском) в конкретных подразделениях МО – участника Пилотного проекта.

Потребность в бесконтактных (некистевых, сенсорных) дозаторах для спиртовых кожных антисептиков рассчитывается по следующей формуле:

$$D_c = D_1 \cdot 3 + D_2$$

где:

$D_c$  – общее количество бесконтактных (некистевых, сенсорных) дозаторов для спиртовых кожных антисептиков, шт.;

$D_1$  – количество структурных подразделений реанимационного, хирургического, акушерского и неонатологического профиля;

D2 – количество эпидемиологически значимых мест, помимо D1.

После проведенных расчетов проводится оценка реального обеспечения МО – участников Пилотного проекта спиртовыми кожными антисептиками, мылом и бесконтактными дозаторами и определяется потребность дополнительной закупки.

Анализ обеспечения МО спиртовыми кожными антисептиками для обработки рук и бесконтактными (некистевыми, сенсорными) дозаторами для кожных антисептиков и мыла оценивается *ежемесячно* главной медицинской сестрой МО. Результаты проведенного анализа (в соответствии с *Приложением №5*), *ежегодно до 01 декабря текущего года* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpcrjepilot@yandex.ru](mailto:ismpcrjepilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

Таким образом, к концу II этапа проекта должна быть обеспечена 100% от расчетной потребности обеспеченность спиртовыми кожными антисептиками, к концу III этапа – 100% от расчетной потребности обеспеченность бесконтактными дозаторами для жидкого мыла и кожных антисептиков.

**5.6. Целевой показатель № 6 «Повышение приверженности (комплаентности) персонала медицинских организаций соблюдению правил антисептики и гигиены рук:**

- 50% к концу II этапа;
- 80% к концу III этапа»

**Алгоритм реализации:**

Повышение приверженности (комплаентности) персонала МО соблюдению правил антисептики и гигиены рук должна достигаться различными путями:

1. регулярное обучение (отражено при реализации целевого показателя № 4);
2. доступностью кожных антисептиков (определение контрольных точек расположения дозаторов, обсуждение с персоналом удобства их размещения);
3. приемлемость персоналом качества применяемых кожных антисептиков (наличие раздражения кожи рук, неприятного запаха);
4. наличие наглядной информации по антисептике и гигиене рук, доступность изложения материала для персонала (с учетом этнических особенностей);
5. наличие камер скрытого наблюдения для оценки адекватности обработки рук медицинским персоналом;
6. периодическое открытое наблюдение (старшими и главными медицинскими сестрами, врачом-эпидемиологом, внешними экспертами) для оценки адекватности обработки рук медицинским персоналом с заполнением чек-листов;
7. внедрение системы «секретного» наблюдения путем анкетирования пациентов по вопросам частоты и правильности антисептики рук персонала;
8. при наличии финансовой возможности – внедрение специальных дозаторов флаконов с антисептиками, имеющих счетное устройство по количеству срабатываний дозатора, и/или системы MedSense Clear (центральный сервер, маячки, установленные на диспенсерах дезинфицирующих средств и в палатах пациентов, индивидуальный датчик медработника);
9. включение в должностные инструкции, эффективные контракты, коллективные договоры пунктов о необходимости антисептики рук персонала в соответствии с выполняемыми

функциями, отсутствии на руках ювелирных украшений, часов, браслетов, накладных ногтей, лака на ногтях;

10. поощрение руководством МО лиц, приверженных антисептике и гигиене рук по результатам очного и скрытого наблюдения;

11. внедрение требования по антисептике рук посетителей и пациентов.

Анализ приверженности (комплаентности) персонала МО соблюдению правил антисептики и гигиены рук оценивается *ежемесячно* главной медицинской сестрой МО. Результаты проведенного анализа (в соответствии с *Приложением №6*), *ежеквартально* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismcriepilot@yandex.ru](mailto:ismcriepilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

**5.7. Целевой показатель № 7 «Охват персонала медицинских организаций – участников проекта профилактической вакцинацией в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям на уровне не ниже 95% к концу III этапа»**

***Алгоритм реализации:***

Ответственные за организацию медицинских осмотров и вакцинацию персонала в МО – участниках Пилотного проекта совместно с руководителями отделов кадров составляют пофамильные списки (электронные таблицы) всех работников с указанием даты рождения, места работы (отделения), должности, в которых на основании медицинской документации вносятся данные о проведенных профилактических прививках.

На основе полученных списков формируется план прививок по МО, в который должны быть включены все работающие в медицинской организации. Перечень необходимых прививок определяется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, календарем прививок по эпидемическим показаниям с учетом возраста, профессии и данных о предыдущей иммунизации.

В рамках Национального календаря профилактических прививок, утвержденного приказом Минздрава России от 21 марта 2014г. №125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" работники МО должны быть привиты против дифтерии, столбняка, гепатита В (без ограничения возраста), кори (до 55 лет), краснухи (женщины до 25 лет), гриппа (ежегодно).

Перечень прививок в рамках календаря по эпидемическим показаниям определяется ТУ Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации и органом исполнительной власти в сфере здравоохранения в субъекте Российской Федерации. В данный раздел рекомендуется включить следующие прививки:

- против гепатита А – для всех работников, связанных с питанием персонала и пациентов (в том числе с приготовлением смесей для энтерального питания);

- против дизентерии Зонне – для всех работников, связанных с питанием персонала и пациентов (в том числе с приготовлением смесей для энтерального питания).

Для организации прививок составляется годовой план иммунизации, определяется потребность в иммунологических лекарственных препаратах.

Финансирование иммунопрофилактики, вакцинами, входящими в национальный календарь профилактических прививок проводится за счет средств Федерального бюджета.

Финансирование иммунопрофилактики, вакцинами, входящими в календарь прививок по эпидемическим показаниям осуществляется из средств бюджета субъекта Российской Федерации, МО, личных средств граждан.

Для достижения охвата персонала МО – участников Пилотного проекта профилактической вакцинацией в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям на уровне не ниже 95% к концу III этапа необходимо реализовать следующие мероприятия:

- контроль правильности составления годового плана профилактических прививок, включение в него всех работающих в медицинской организации (100%);

- ежемесячный контроль выполнения годового плана профилактических прививок; при невыполнении норматива (не менее 8,3% в месяц за исключением сезонных прививок) – анализ причин невыполнения;

- профилактика отказов от вакцинации, включение в должностные инструкции, коллективные договоры, эффективные контракты пунктов об обязательности иммунизации в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям;

- контроль за медицинскими отводами от прививок, регулярный пересмотр временных медицинских отводов, комиссионное рассмотрение длительных медицинских отводов, подбор оптимальных схем иммунизации.

Анализ охвата персонала МО профилактической вакцинацией в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям оценивается *ежегодно* врачом-эпидемиологом МО. Результаты проведенного анализа (в соответствии с *Приложением №7*), *ежегодно* передаются в Совет координационной рабочей группы реализации Пилотного проекта [ismpcrjepilot@yandex.ru](mailto:ismpcrjepilot@yandex.ru) и в региональную рабочую группу реализации Пилотного проекта в субъекте РФ.

## 6. Нормативные ссылки

- Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденная главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 06.11.2011 г.

- Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

- Федеральные клинические рекомендации. Эпидемиологическое наблюдение за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. М., 2014. 58с.

- <http://www.whooc.no/atcddd>.

- <http://www.regmed.ru>.

## ЛИСТ ПОДПИСЕЙ

Зав. лабораторией ИСМП  
ФБУН Центральный НИИ  
эпидемиологии Роспотребнадзора,  
зам. руководителя  
Координационной рабочей группы  
Реализации Пилотного проекта,  
Чл.-корр. РАН, д.м.н.

А.В. Тутельян

Вед. науч. сотрудник  
лаборатории ИСМП  
ФБУН Центральный НИИ  
эпидемиологии Роспотребнадзора, д.м.н.

О.А. Орлова

Мл. науч. сотрудник  
лаборатории ИСМП  
ФБУН Центральный НИИ  
эпидемиологии Роспотребнадзора

О.А. Квасова

Спец. по орг.-метод. работе  
лаборатории ИСМП  
ФБУН Центральный НИИ  
эпидемиологии Роспотребнадзора

Н.В. Сычева

Зав. отделом организации и обеспечения  
научно-образовательной деятельности  
ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора, д.м.н.

И.А. Храпунова

Ст. научный сотрудник  
лаборатории проблем стерилизации  
ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора

Т.Н. Шестопалова

Руководитель Урало-Сибирского центра  
по профилактике инфекций, связанных  
с оказанием медицинской помощи  
ФБУН «Екатеринбургский НИИ  
вирусных инфекций» Роспотребнадзора, к.м.н.

С.С. Смирнова

Зав. отделом клинической фармакологии,  
ГБУЗ г.Москвы ГКБ № 67  
им. Л. А. Ворохобова ДЗ г. Москвы,  
д.м.н., профессор

С.Д. Митрохин