

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

ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора

**Референс-центр по мониторингу за инфекциями, связанными с оказанием медицинской
помощи**

**Инфекции, связанные с оказанием медицинской
помощи (ИСМП)**

Информационный бюллетень за 2018 г.

Москва – 2019

Авторский коллектив

Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Орлова О.А., Голубкова А.А., Квасова О.А., Сычева Н.В.

Адреса и телефоны:

ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, г. Москва, ул. Новогиреевская, д.3А, 111123.

Тел.: 8(495)304-22-03

e-mail: ismprcie@yandex.ru

Оглавление

Введение.....	4
Заболеваемость инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации за 2018 год	6
Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП).....	10
Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ)	15
Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП)	17
Катетер-ассоциированные ИМВП	19
ИСМП новорожденных.....	21
Внутриутробные инфекции (ВУИ) новорожденных.....	23
ИСМП родильниц.....	25
Постинъекционные инфекционные осложнения.....	27
Инфекции кровотока (ИК).....	29
Катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК)	31
Прочие ИСМП	33
Групповая заболеваемость ИСМП.....	37
Этиологическая структура ИСМП за 2018 год.....	37
Устойчивость возбудителей ИСМП к антимикробным средствам	45
Заболеваемость ИСМП медицинского персонала.....	50
Выводы	50
Список литературы	52

Введение

Современный научно-обоснованный подход к профилактике и контролю инфекций четко демонстрирует, что ни один тип учреждения здравоохранения ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) [1].

Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) подсчитал, что в ЕС ежегодно около 4 млн пациентов заражаются ИСМП [2]. В России ИСМП ежегодно регистрируются приблизительно у 26 тыс. пациентов, однако достоверные и полные статистические данные о социальном и экономическом бремени, причиняемом ИСМП государству и населению страны, отсутствуют [3]. В то же время, согласно экспертным оценкам российских эпидемиологов, реальная заболеваемость госпитальными инфекциями достигает около 2,5 млн случаев в год, что составляет 5-10% от всех пациентов, находящихся в стационарах страны, а экономический ущерб от случаев ИСМП по самым примерным подсчётам составляет около 300 млрд рублей в год [3, 4, 5].

Значительный недоучет случаев ИСМП различных нозологий отмечен во многих субъектах Российской Федерации. Так по данным Роспотребнадзора в 2018 году не регистрировались инфекции мочевыводящих путей в 54 субъектах РФ, гнойно-септические инфекции родильниц – в 8 субъектах, послеоперационные – в 9 субъектах, постинъекционные инфекции – в 5 субъектах [6].

Федеральным законом от 29.11.2007 № 282 - ФЗ «Об официальном статистическом учёте и системе государственной статистики в Российской Федерации» предусмотрено предоставление медицинскими организациями (МО) первичных статистических данных в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по утверждённым формам, однако в форме федерального статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в разделе 3 «Внутрибольничные инфекции» учитываются только абсолютные цифры количества зарегистрированных ИСМП, которые не позволяют оценить относительные показатели заболеваемости [6].

Во исполнение решения коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 22 декабря 2017г. «Актуальные вопросы надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и совершенствование мер профилактики» и приказа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26 января 2018г. № 37, сотрудниками ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора и Референс-центра по мониторингу за ИСМП (далее РЦ) в дополнение к данным формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» раздел 3 «Внутрибольничные инфекции» разработаны статистические формы для проведения углубленного эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП с учетом факторов риска, которые были направлены в территориальные управления Роспотребнадзора всех субъектов Российской Федерации [7]. По представленным данным впервые была предпринята попытка углублённого статистического и научного анализа заболеваемости ИСМП за 2018г. результаты которого представлены в бюллетене.

Данные о заболеваемости ИСМП в относительных показателях были предоставлены в установленные сроки территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 52 субъектами Российской Федерации (61% от всех субъектов). При расчете суммарного показателя заболеваемости ИСМП случаи ВУИ не учитывали. Поскольку не все субъекты предоставили необходимые сведения, то средний показатель заболеваемости для федеральных округов является ориентировочным.

Сведения о заболеваемости ИСМП за 2018 г. были предоставлены:

15 субъектами Центрального федерального округа (ЦФО):

Белгородская область,
Воронежская область,
Ивановская область,
Калужская область,
Костромская область,
Курская область,
Липецкая область,
Орловская область,
Рязанская область,
Смоленская область,
Тамбовская область,
Тверская область,
Тульская область,
Ярославская область.
г. Москва;

6 субъектами Северо-Западного федерального округа (СЗФО):

Республика Коми,
Архангельская область,
Вологодская область,
Мурманская область,
Новгородская область,
г. Санкт-Петербург;

6 субъектами Южного Федерального округа (ЮФО):

Республика Адыгея (Адыгея),
Республика Крым,
Краснодарский край,
Волгоградская область,
Ростовская область,
г. Севастополь;

2 субъектами Северо-Кавказского Федерального округа (СКФО):

Республика Ингушетия,
Кабардино-Балкарская Республика;

10 субъектами Приволжского Федерального округа (ПФО):

Республика Марий Эл,
Республика Мордовия,
Республика Татарстан (Татарстан),
Удмуртская Республика,
Чувашская Республика – Чувашия,
Пермский край,
Кировская область,
Оренбургская область,
Пензенская область,
Самарская область;

2 субъектами Уральского Федерального округа (УФО):
Ямало-Ненецкий автономный округ,
Челябинская область;

6 субъектами Сибирского Федерального округа (СФО):
Республика Хакасия,
Алтайский край,
Красноярский край,
Иркутская область,
Кемеровская область,
Омская область;

5 субъектами Дальневосточного Федерального округа (ДФО):
Республика Саха (Якутия),
Приморский край,
Амурская область,
Сахалинская область,
Чукотский автономный округ.

При проведении статистического анализа использовали программное обеспечение Microsoft Excel, PASW Statistics 25.0 (Predictive Analytics Soft Ware).

Заболееваемость инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации за 2018 год

В Российской Федерации по данным формы № 2 в 2018 году абсолютное число случаев ИСМП составило 27 071, что на 17,9 % больше, чем в 2017 году (2017 г. – 22 963 случая). Помимо этого в 2018 г. были зарегистрированы 26 368 случаев внутриутробных инфекций новорожденных. Случаи ИСМП регистрировались во всех субъектах, при этом среднее количество случаев ИСМП по субъектам Российской Федерации составляло – 318, при медиане – 143 случая.

По результатам мониторинга РЦ итоговые сведения о заболеваемости ИСМП за 2018 г. по разработанным формам были представлены 52 субъектами Российской Федерации из 85

(61% от всех субъектов). За 2018 г. в медицинских организациях (МО) этих субъектов зарегистрировано 18294 случая ИСМП и 20154 внутриутробных инфекций (ВУИ) новорожденных.

Наибольшее число случаев ИСМП было зарегистрировано в г. Санкт-Петербург (5412), Челябинской области (1932) и г. Москва (1538), а наименьшее число случаев – в Чукотском автономном округе (2), г. Севастополе (3), Республике Адыгея (4) и Ивановская области (12).

Среднее значение числа случаев ИСМП по субъектам составляло – 352, медиана – 133 Среднеквадратичное отклонение – 398,8 (Рисунок 1). Значительная амплитуда распределения показателей, а также среднее значение числа случаев $352 \pm 398,8$, свидетельствует о том, что сведения о заболеваемости ИСМП недостаточно достоверны или их учет ведется некорректно.

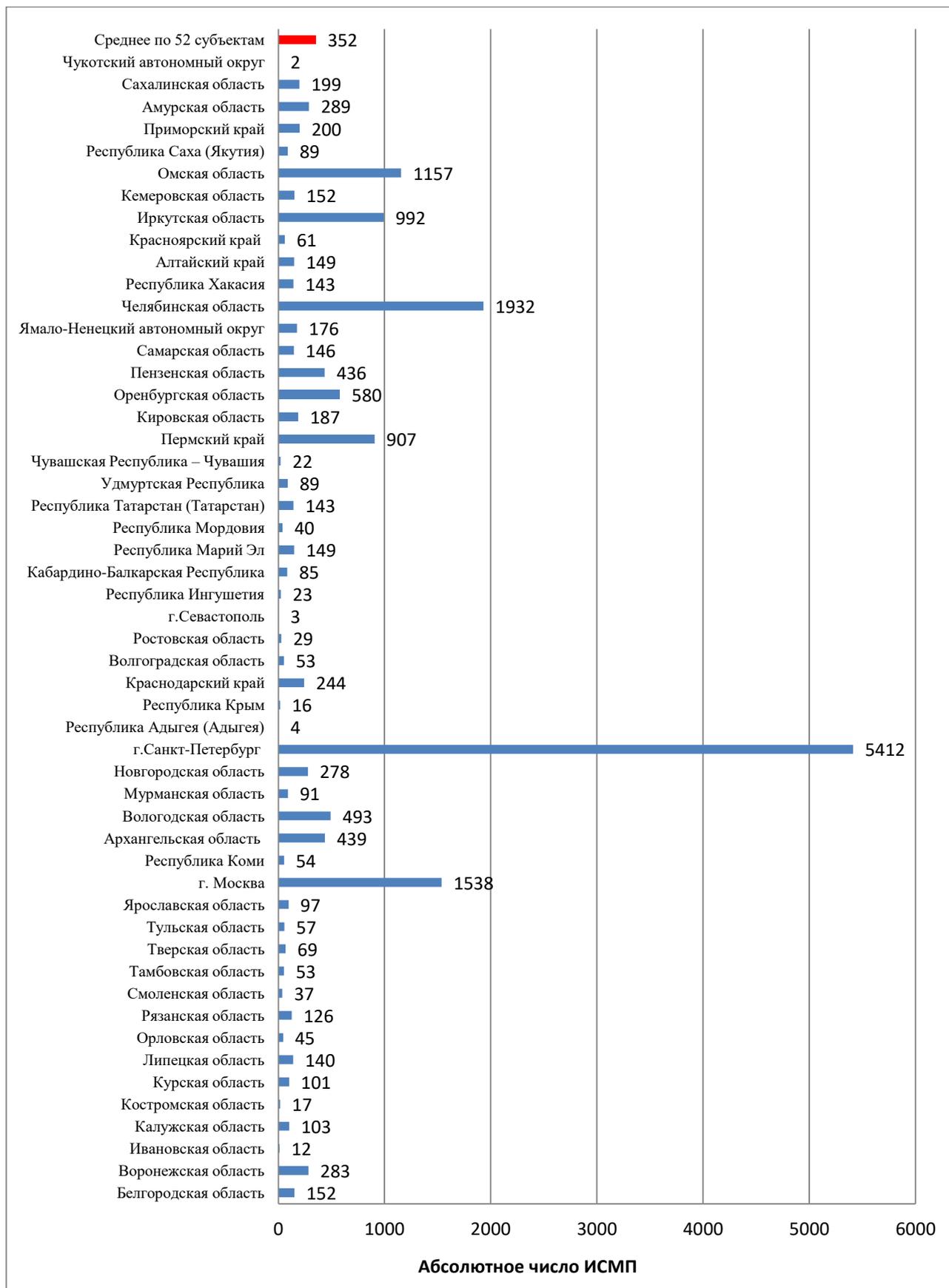


Рисунок 1. Территориальное распределение абсолютного числа случаев ИСМП (по данным РЦ)

В структуре заболеваемости ИСМП, по данным формы № 2, на первом ранговом месте находятся внутрибольничные пневмонии 8418 сл. или 31,1 %. На втором – послеоперационные инфекции – 5969 случаев или 22 %, на третьем – гнойно-септические инфекции (ГСИ) новорождённых – 2884 случая или 10,7 %, на четвертом – ГСИ родильниц – 2362 случая или 8,7 %. Доля инфекций мочевыводящих путей в структуре ИСМП в 2018 году составила 8,1% или 2198 сл., постинъекционных инфекций – 7,1 % или 1930 случаев, острых кишечных инфекций – 4,5 % или 1235 сл. и других инфекционных заболеваний – 7,6 % или 2059 случаев.

По материалам Референс-центра (РЦ) в структуре заболеваемости ИСМП наибольший удельный вес также принадлежал инфекциям нижних дыхательных путей (ИНДП) (33,8% - 6175 сл.), на втором месте были инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) (20,3% - 3711 сл.), на третьем – инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) (11,7% - 2141 сл.), на четвертом – ИСМП новорожденных (9,9% - 1816 сл.). Структура заболеваемости ИСМП по данным формы № 2 представлена на рисунке 2.

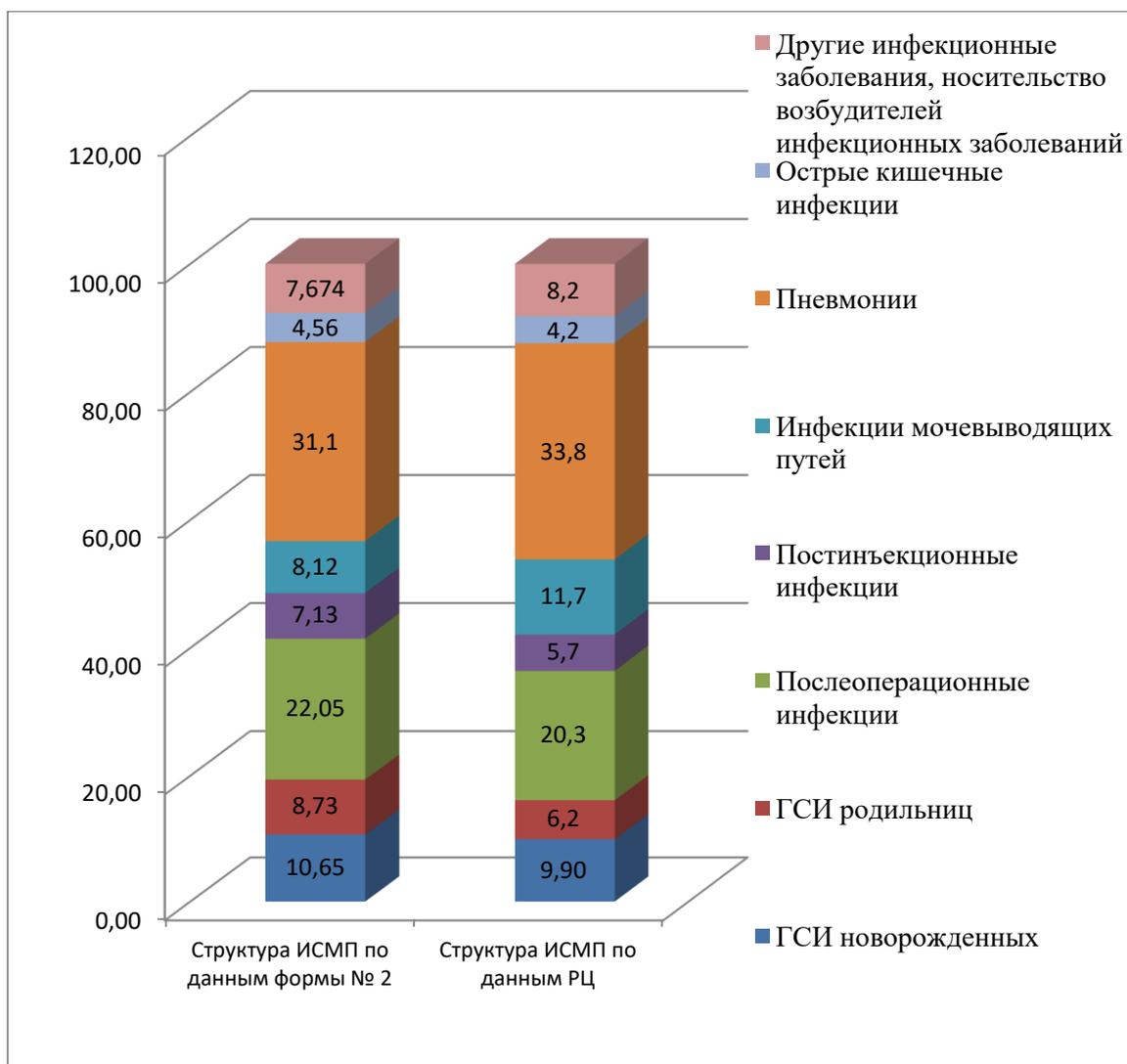


Рисунок 2. Структура заболеваемости ИСМП за 2018 г. по данным формы № 2 и РЦ

Полученные данные свидетельствуют о недостаточном учёте таких нозологических форм, как инфекции кровотока, которые в значительной степени определяют длительность

пребывания пациентов в стационаре и высокий уровень летальности. О серьёзных дефектах учёта ИСМП свидетельствует количество зарегистрированных случаев и при других инфекциях, например тех, которые обусловлены применением инвазивных устройств (девайс-инфекции). Возникают вопросы в отношении существующего соотношения количества внутрибольничных ГСИ новорождённых к ВУИ.

В 2018г. по данным официальной статистики в Российской Федерации это соотношение внутрибольничных ГСИ новорождённых к ВУИ составляло 1:9,1, а по результатам исследований РЦ 1:11, что соответствовало 1816 случаям ИСМП новорождённых и 20154 ВУИ. Представленные данные свидетельствуют о неправильной дифференциальной диагностике ВУИ и ИСМП новорождённых или о преднамеренном сокрытии случаев ИСМП под диагнозом ВУИ [8, 9, 10].

В связи с чем специалистами РЦ были даны предложения по изменению формы № 2, так как существующая форма № 2 не позволяла провести углублённый анализ заболеваемости.

В 2018 г. с введением новых форм отчётности впервые были зарегистрированы 20 случаев ИСМП, связанных с применением эндоскопических методов исследования. Отсутствует регистрация случаев ИСМП, связанных с переливанием крови и ее компонентов, что требует дополнительного изучения.

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП)

По данным мониторинга Референс-центра в МО 52 субъектов Российской Федерации за 2018 год было зарегистрировано 6175 случаев ИНДП, средний показатель заболеваемости составил 0,35 ‰. Наибольший уровень заболеваемости ИНДП был зарегистрирован в Уральском ФО (1,03 ‰) и наименьший уровень - в ЮФО (0,004 ‰) ($p < 0,05$). В течение календарного года ИНДП не регистрировали в Северо-Кавказском ФО, что вероятно, связано с недочетами системы выявления и регистрации данной патологии (Рисунок 3).

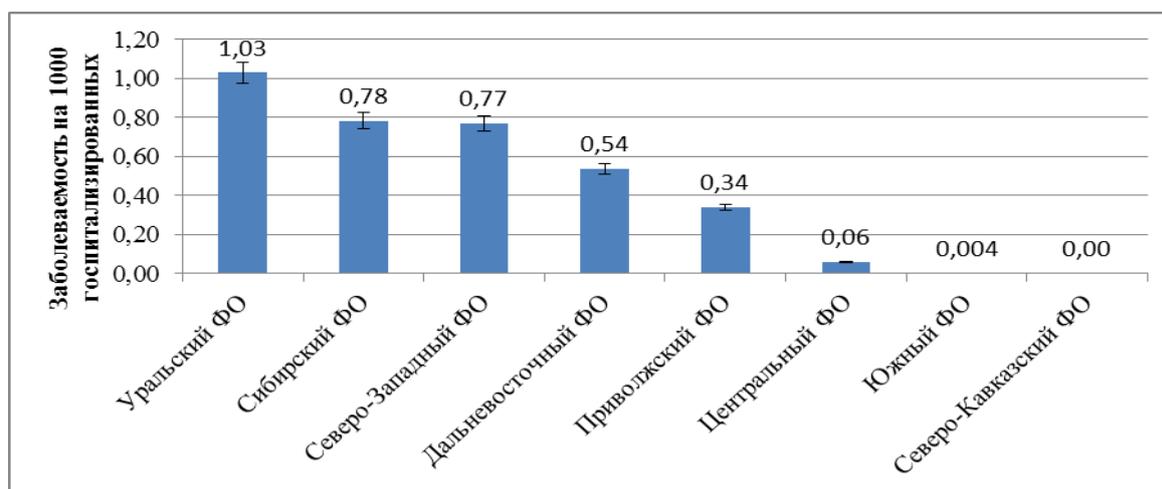


Рисунок 3. Заболеваемость ИНДП по ФО на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Не были представлены относительные показатели по Республике Татарстан и Самарской области. В 10 субъектах вообще не было зарегистрировано случаев ИНДП. Наибольший

показатель заболеваемости был в Омской области (3,06 ‰), который в 8,7 раз превышал средний показатель по другим субъектам (Рисунок 4). По абсолютным цифрам наибольшее число случаев было зарегистрированных в г. Санкт-Петербург 1803 (1,4 ‰), Челябинской - 964 (1,6 ‰) и Омской областях 557 (3,06 ‰).

В 2018г. по данным формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» Федерального статистического наблюдения было зарегистрировано 96 летальных исходов от пневмоний. Наибольшее количество умерших было зарегистрировано в Омской и Свердловской областях. В 56 субъектах РФ летальных исходов не было зарегистрировано.

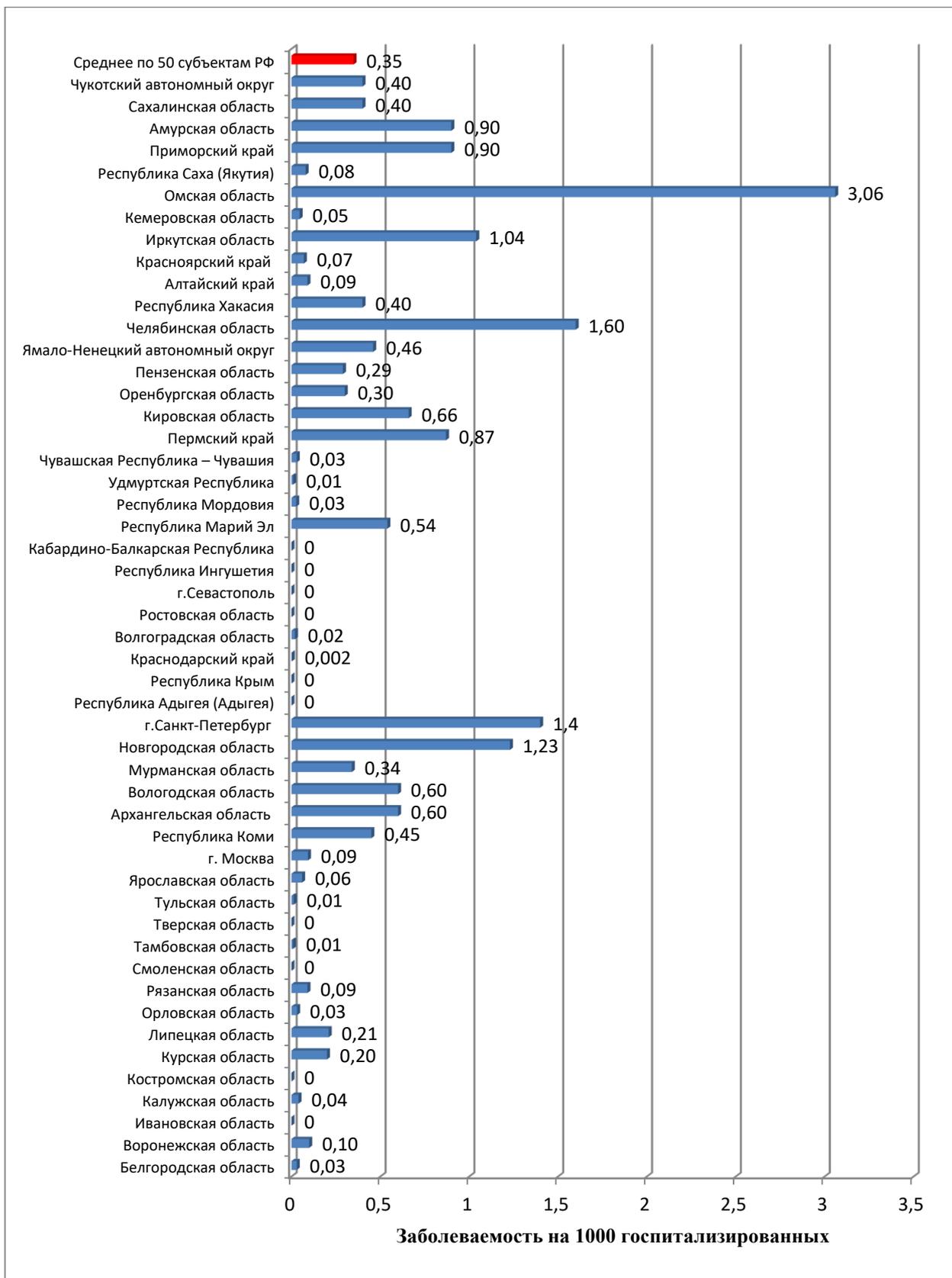


Рисунок 4. Заболееваемость инфекциями нижних дыхательных путей в 50 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

По результатам мониторинга Референс-центра в 52 субъектах Российской Федерации в течение 2018г. было зарегистрировано 1192 случая ИНДП ассоциированных с ИВЛ. Показатель заболеваемости составил 1,3 случая на 1000 ИВЛ-дней. Наиболее высокая заболеваемость отмечалась в Сибирском ФО (3,8 на 1000 ИВЛ-дней), наименьшая – в Центральном ФО (0,21 на 1000 ИВЛ-дней) и Дальневосточном ФО (0,1 на 1000 ИВЛ-дней) ($p < 0,05$). В Северо-Кавказском и Южном ФО ИВЛ-ассоциированных ИНДП вообще не было зарегистрировано, что вероятно, связано с недочетами системы выявления и регистрации заболеваемости в данных ФО (Рисунок 5).

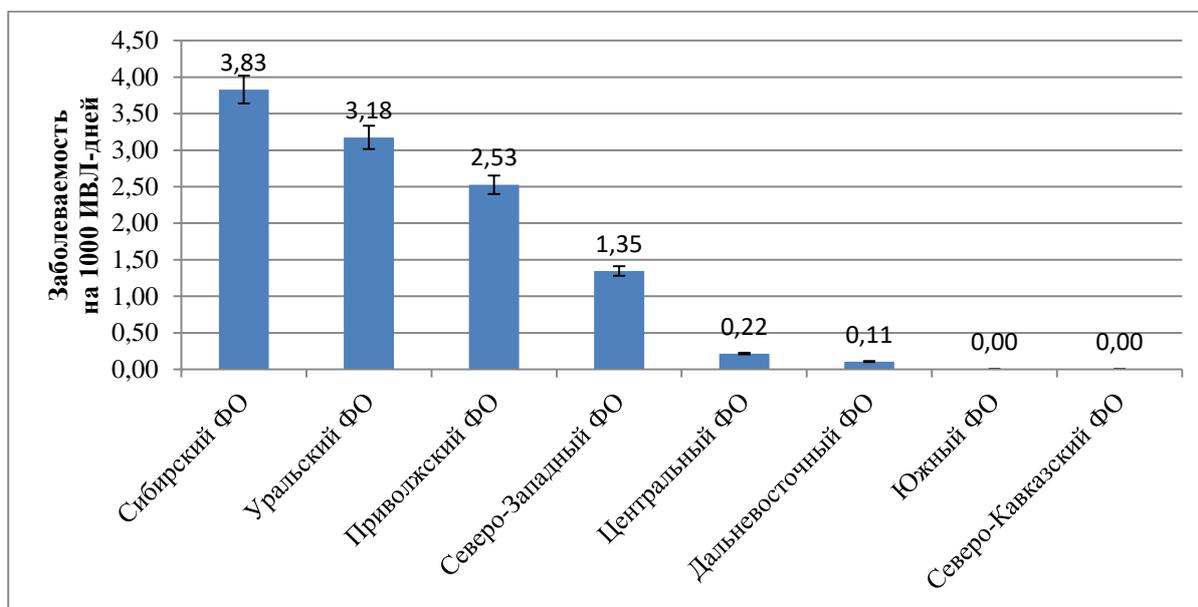


Рисунок 5. Заболеваемость ИНДП ассоциированных с ИВЛ по ФО на 1000 ИВЛ-дней (по данным РЦ)

В 26 субъектах Российской Федерации из 52 не зарегистрированы случаи ИНДП ассоциированных с ИВЛ, что свидетельствует об отсутствии налаженной системы учёта данной формы ИСМП.

По данным отечественных и зарубежных исследований ИНДП ассоциированных с ИВЛ составляют до 65% гнойно-септических осложнений. Наиболее высокие показатели ИНДП ассоциированные с ИВЛ были зарегистрированы в Пермском крае – 17,9 случаев на 1000 ИВЛ-дней и Республике Хакасия – 17,4 ‰. По отдельным территориям в отчётах не были представлены относительные показатели (Архангельская область) (Рисунок 6). Разброс показателей заболеваемости по отдельным субъектам с высокой долей вероятности свидетельствует о несоответствии данных фактической заболеваемости и её официальной регистрации, что не позволяет однозначно оценить ситуацию, хотя и в этом направлении есть положительные сдвиги.

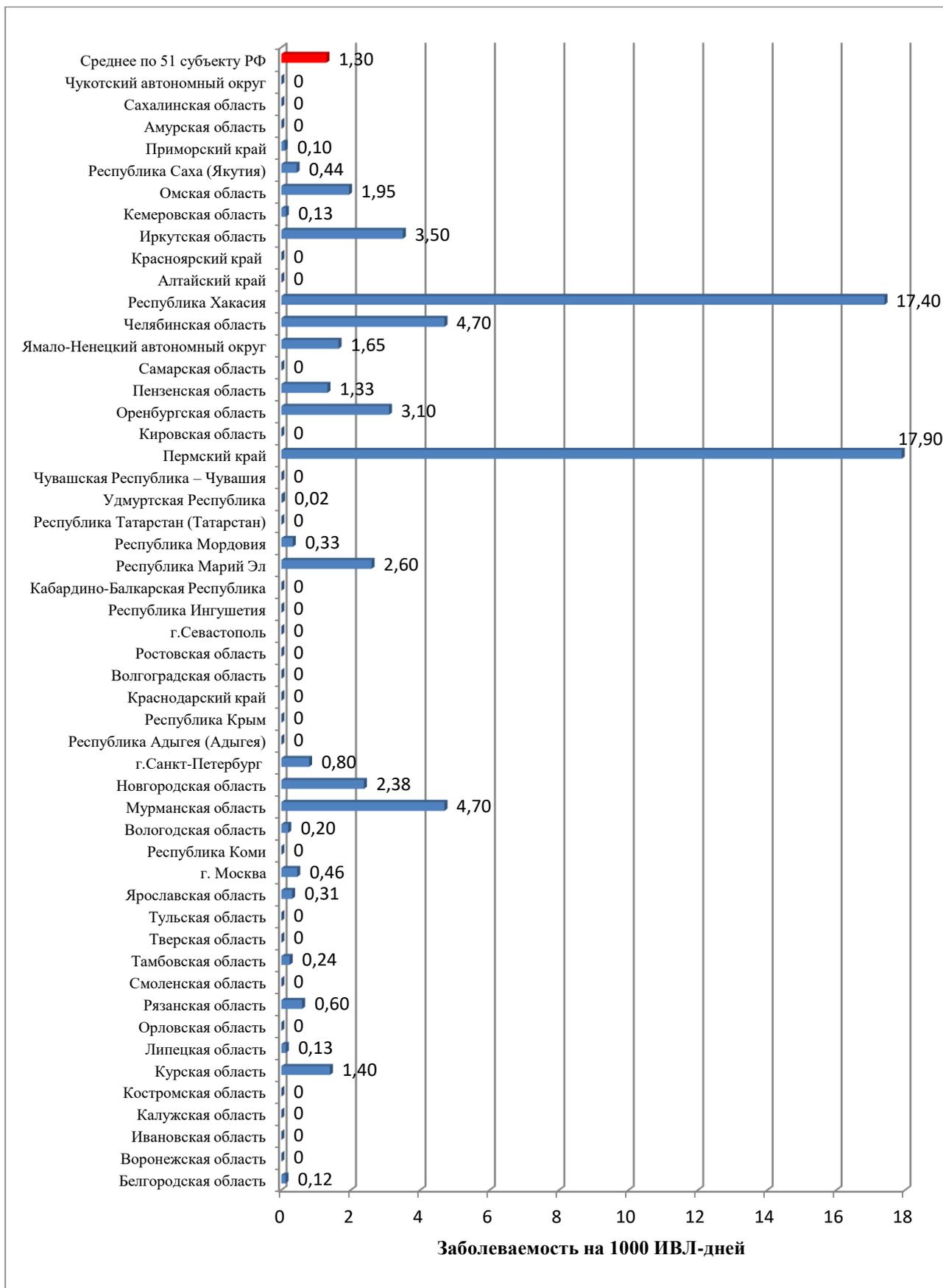


Рисунок 6. Заболеваемость ИНДП ассоциированная с ИВЛ в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 ИВЛ-дней (по данным РЦ)

Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ)

По данным формы №2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 5969 случаев послеоперационных инфекций (0,7 случаев на 1000 операций).

По данным РЦ в 52 субъектах было учтено 3711 случаев инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ). Наиболее высокая заболеваемость ИОХВ отмечается в Уральском Федеральном округе (1,73 на 1000 операций) и Северо-Западном ФО (1,30 на 1000 операций). Наименьший уровень заболеваемости отмечался в Южном и Северокавказском ФО (0,07 и 0,06 на 1000 операций соответственно) ($p < 0,05$) (Рисунок 7).

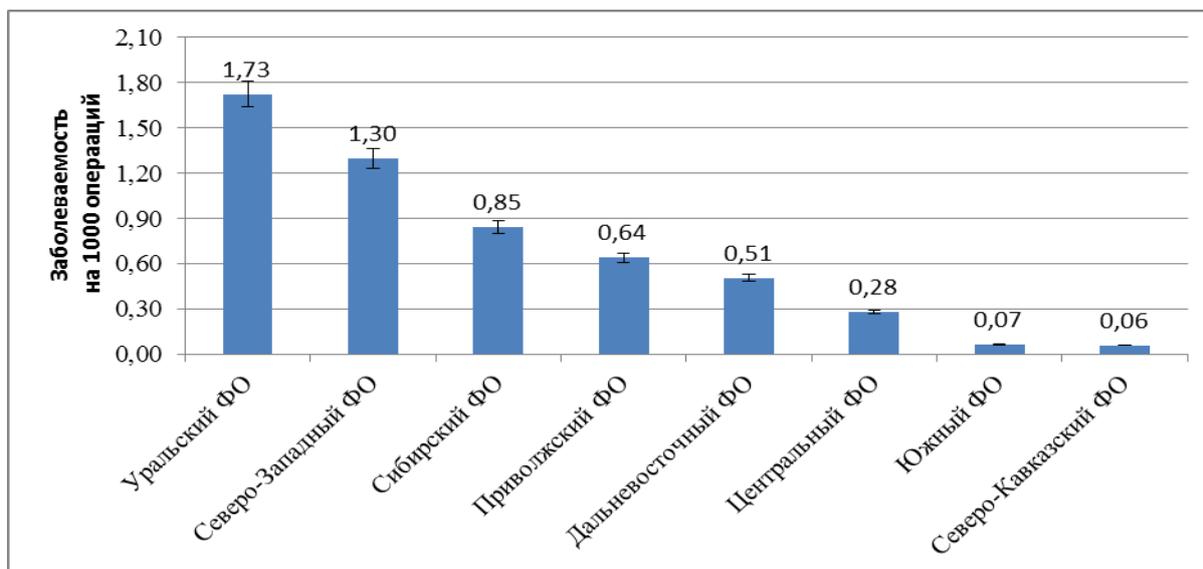


Рисунок 7. Территориальное распределение заболеваемости ИОХВ по федеральным округам на 1000 операций (по данным РЦ)

При анализе заболеваемости ИОХВ в субъектах Российской Федерации было установлено, что наибольший показатель заболеваемости зарегистрирован в Омской области (2,97 случаев на 1000 операций), на втором месте – Пензенская область (2,67 на 1000 операций), на третьем – Новгородская область (2,62 случая на 1000 операций). По абсолютным показателям наибольшее число случаев зарегистрировано в г. Москве 583 или 0,7 случаев на 1000 операций, Челябинской области 556 случаев или 2,1 случаев на 1000 операций, г. Санкт-Петербург 465 случаев или 0,7 случаев на 1000 операций (Рисунок 8). ИОХВ не регистрировали в 4 субъектах из 52: в Республике Адыгея, г. Севастополе, Республике Ингушетии и Чукотском автономном округе. Так же не были представлены относительные показатели по Самарской и Тверской областям.

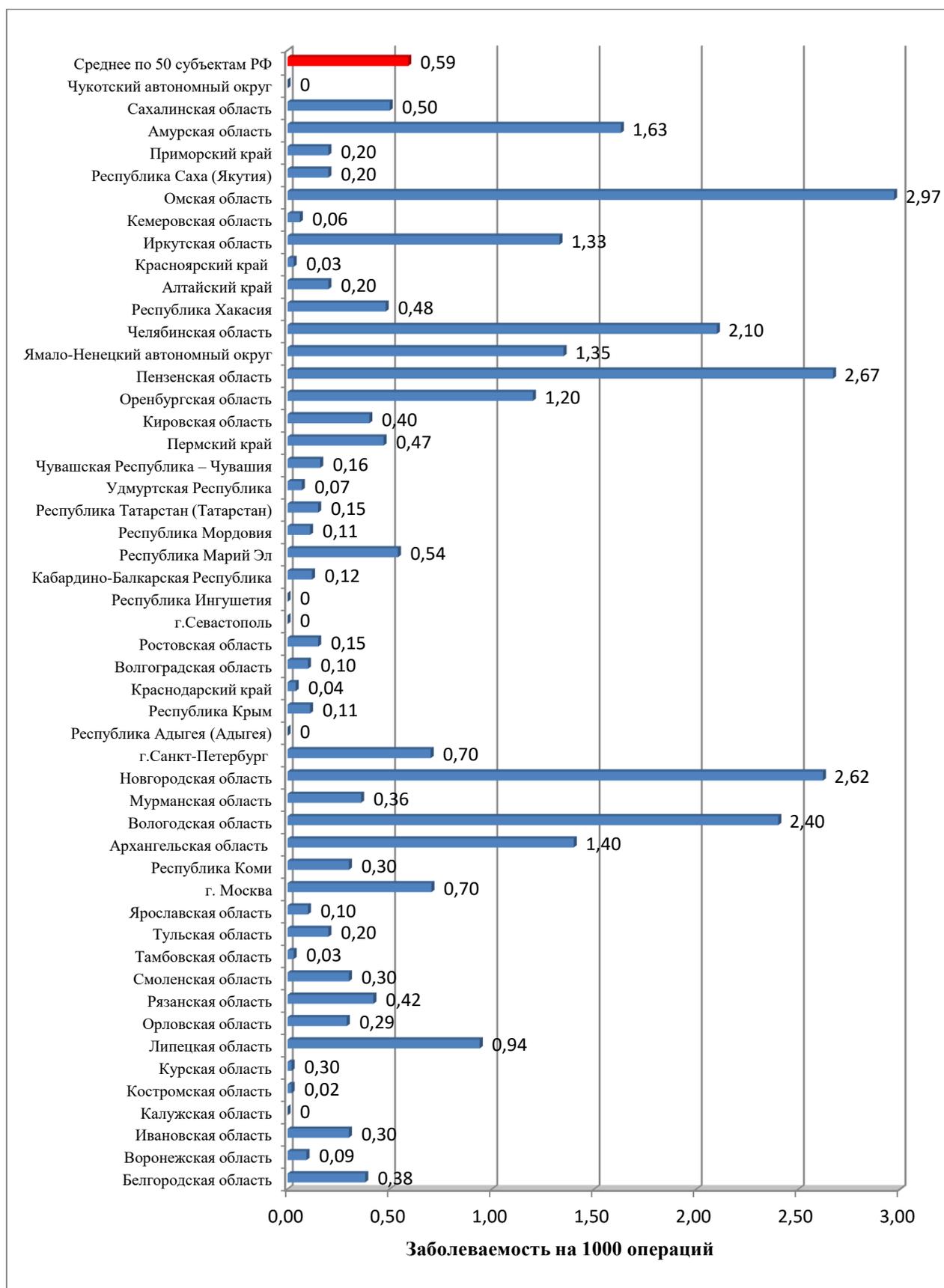


Рисунок 8. Заболеваемость инфекциями области хирургического вмешательства в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 операций (по данным РЦ)

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП)

По данным формы № 2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 2198 случаев инфекций мочевыводящих путей (0,7 случаев на 1000 госпитализированных).

По данным мониторинга РЦ в 52 субъектах за 2018 год были учтены 2141 случай, средний показатель заболеваемости составил 0,04 на 1000 госпитализированных. Наиболее высокий уровень заболеваемости был зарегистрирован в Северо-Западном федеральном округе (0,303 на 1000 пролеченных в стационаре), а наиболее низкий в Центральном федеральном округе (0,001 на 1000 пролеченных в стационаре), ($p < 0.05$) (Рисунок 9).

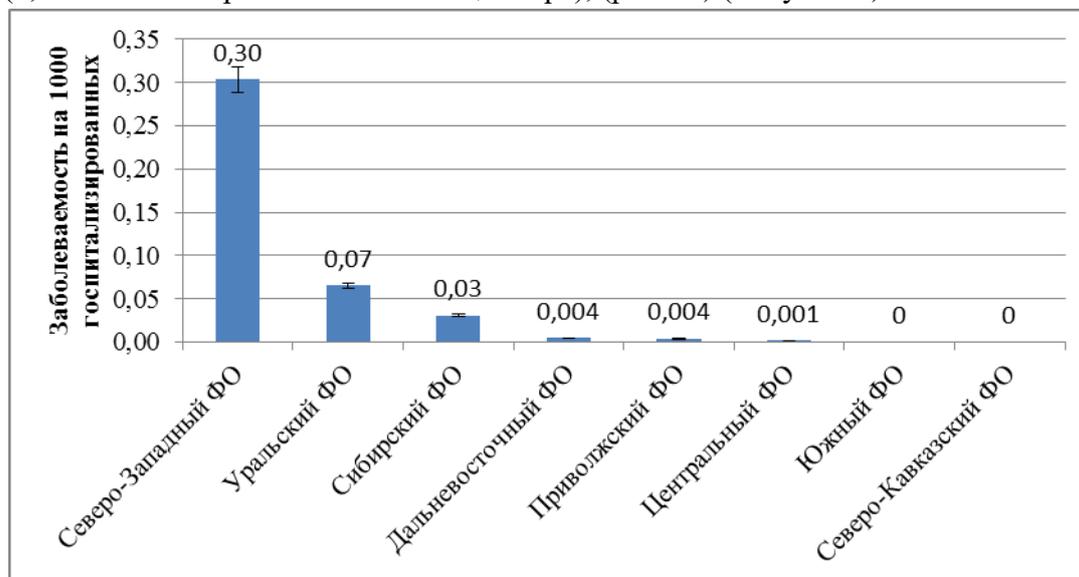


Рисунок 9. Заболеваемость ИМВП по ФО на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

В 34 субъектах (65,4%) ИМВП вообще не регистрировали. По абсолютному числу случаев и показателю заболеваемости на первом месте был г. Санкт-Петербург, где было зарегистрировано 1916 случаев ИМВП или 1,5 случая на 1000 госпитализированных, что в 37 раз превышало средний показатель заболеваемости по другим субъектам (Рисунок 10). По г. Санкт-Петербург данная нозологическая форма ИСМП в структуре заболеваемости была преобладающей, составляя 35,4% от всех форм ИСМП, что коррелирует с данными статистики по распространенности ИМВП в мире [11].

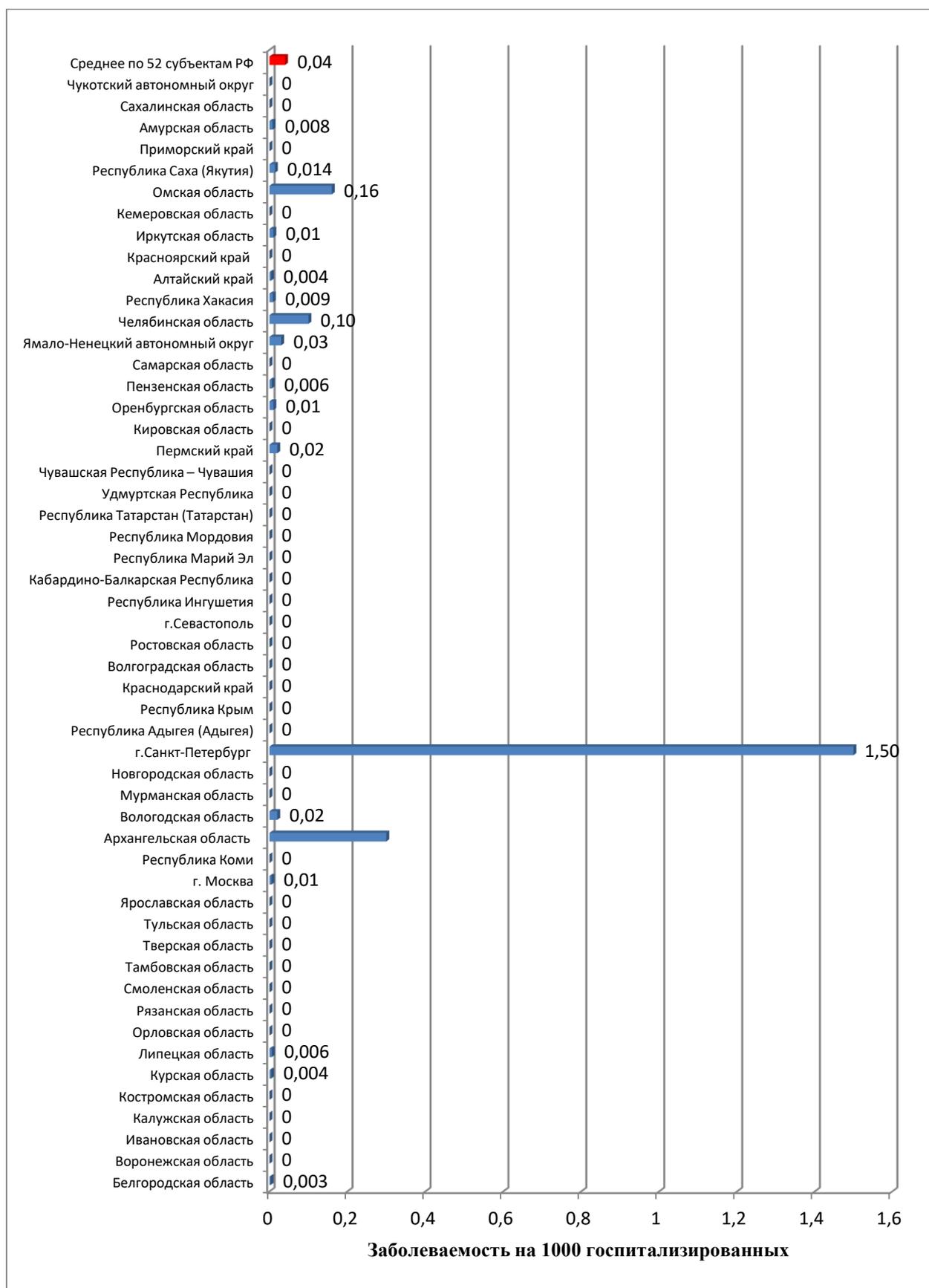


Рисунок 10. Заболеваемость инфекциями мочевыводящих путей в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Катетер-ассоциированные ИМВП

В форме № 2 учёт катетер-ассоциированных ИМВП не предусмотрен, в связи с чем их анализ был проведён только по материалам РЦ.

За 2018 год в 52 субъектах Российской Федерации было зарегистрировано 327 случаев катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, показатель заболеваемости составил 0,036 на 1000 катетеро/дней. Наиболее высокий уровень заболеваемости регистрировался в Уральском федеральном округе (0,345 на 1000 катетеро/дней), и наиболее низкий в Центральном федеральном округе (0,001 на 1000 катетеро/дней), ($p < 0.05$) (Рисунок 11).

В 43 субъектах из 52 вообще не регистрировали случаи катетер-ассоциированных ИМВП (Рисунок 12).

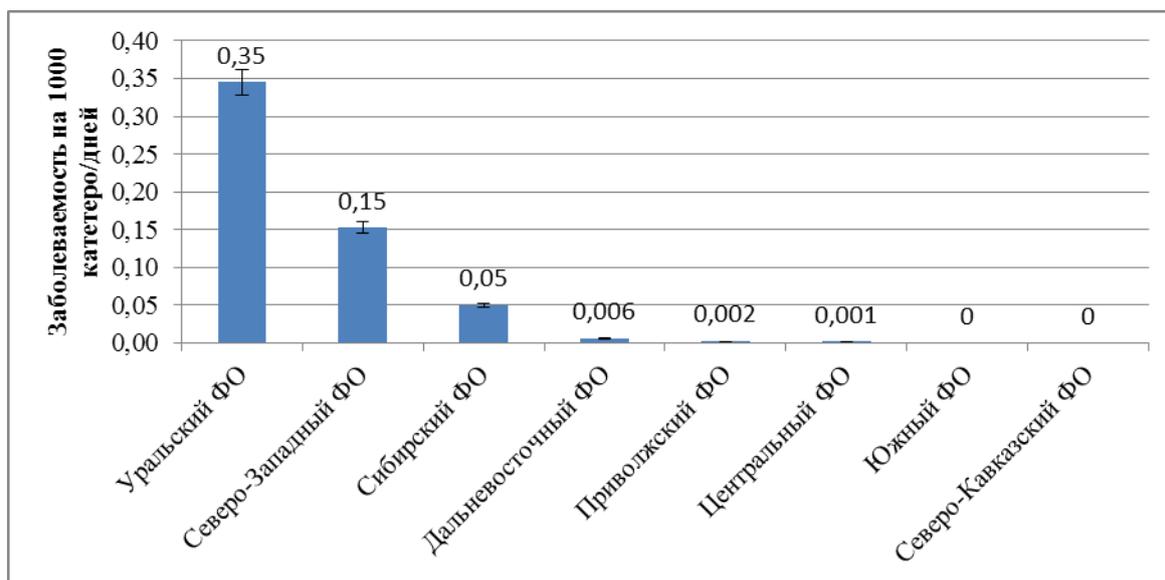


Рисунок 11. Заболеваемость катетер - ассоциированными ИМВП на 1000 катетеро/дней по ФО (по данным РЦ)

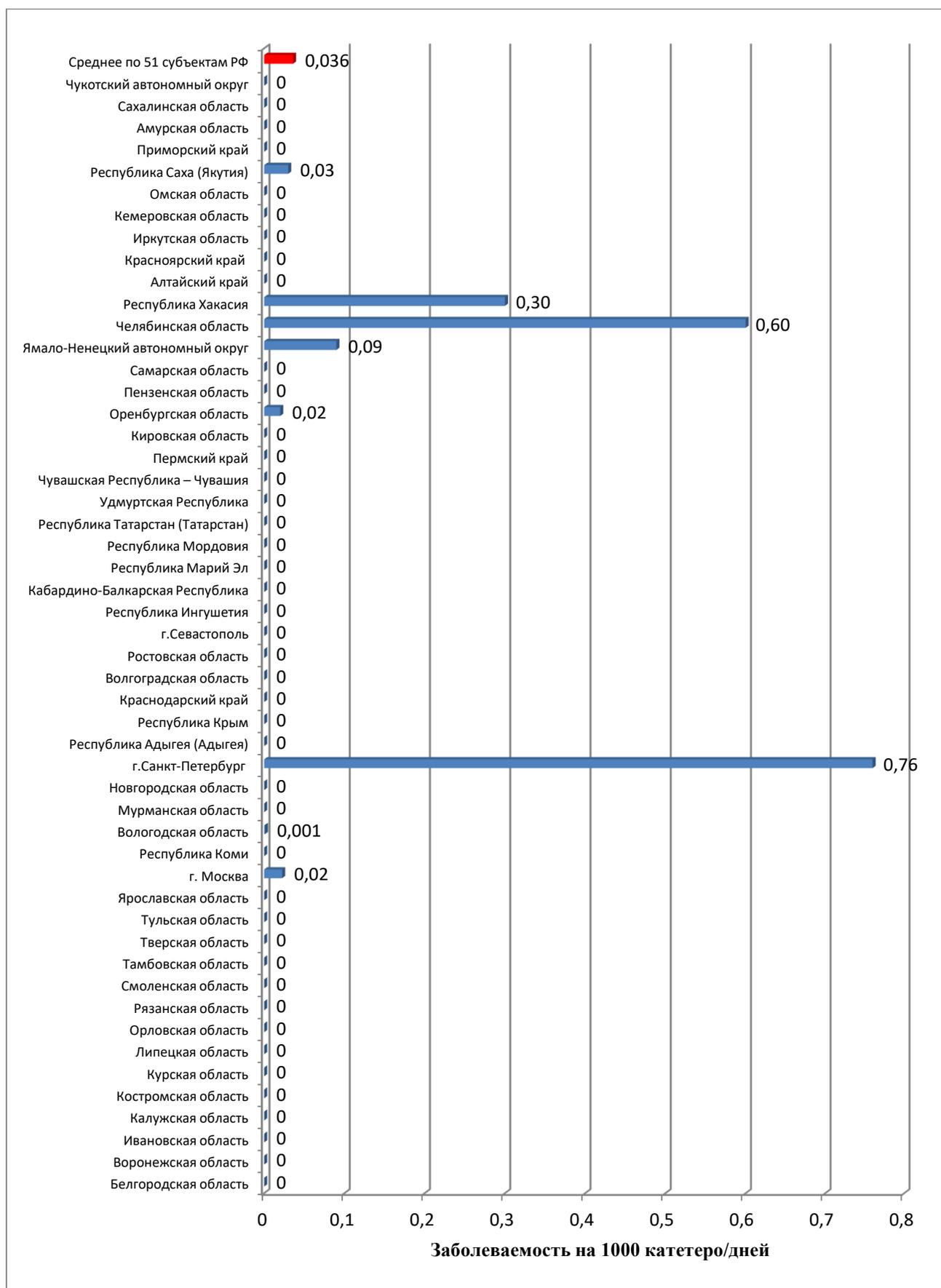


Рисунок 12. Заболеваемость катетер-ассоциированными ИМВП в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 катетеро-дней(по данным РЦ)

ИСМП новорожденных

По данным формы № 2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 2884 случая ГСИ новорожденных, что составило 1,83 случая на 1000 новорожденных.

По данным мониторинга РЦ в 52 субъектах зарегистрировано 1816 случаев ИСМП новорождённых, показатель заболеваемости составил 1,74 на 1000 родившихся живыми.

Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в Северо-Кавказском и Северо-Западном федеральных округах (3,72 на 1000 новорожденных и 2,91 на 1000 новорожденных) ($p < 0,05$). Наиболее низкий уровень заболеваемости отмечался в Южном ФО (0,82 на 1000 новорожденных) ($p < 0,05$) (Рисунок 13).

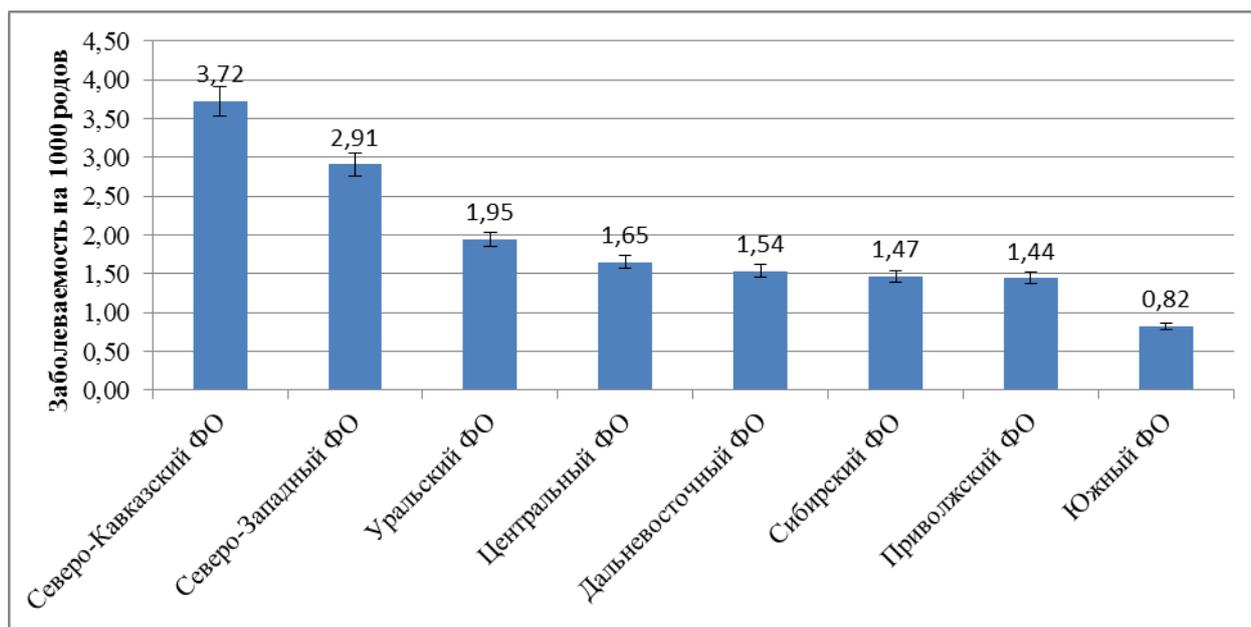


Рисунок 13. Заболеваемость ИСМП новорожденных по ФО на 1000 новорожденных (по данным РЦ)

Наибольшие показатели заболеваемости зарегистрированы в Вологодской области (6,75 случая на 1000 новорожденных), Кабардино-Балкарской Республике (6,14 случаев на 1000 новорожденных), и г. Санкт-Петербург (6 случаев на 1000 новорожденных) (Рисунок 14). По абсолютным показателям наибольшее число случаев зарегистрировано в г. Санкт-Петербург – 406 случаев или 6,0 случая на 1000 новорожденных, Краснодарском крае – 173 случая или 2,86 на 1000 новорожденных и в г. Москва – 140 случаев или 1,02 на 1000 новорожденных. В отчётах в Референс-центр не были представлены относительные показатели по Тверской и Самарской областям. В 3-х субъектах из 50 (Костромская область, г. Севастополь, Чукотский автономный округ) не были зарегистрированы ИСМП новорождённых, что свидетельствует об отсутствии налаженной системы выявления и учета ИСМП новорождённых на этих территориях.

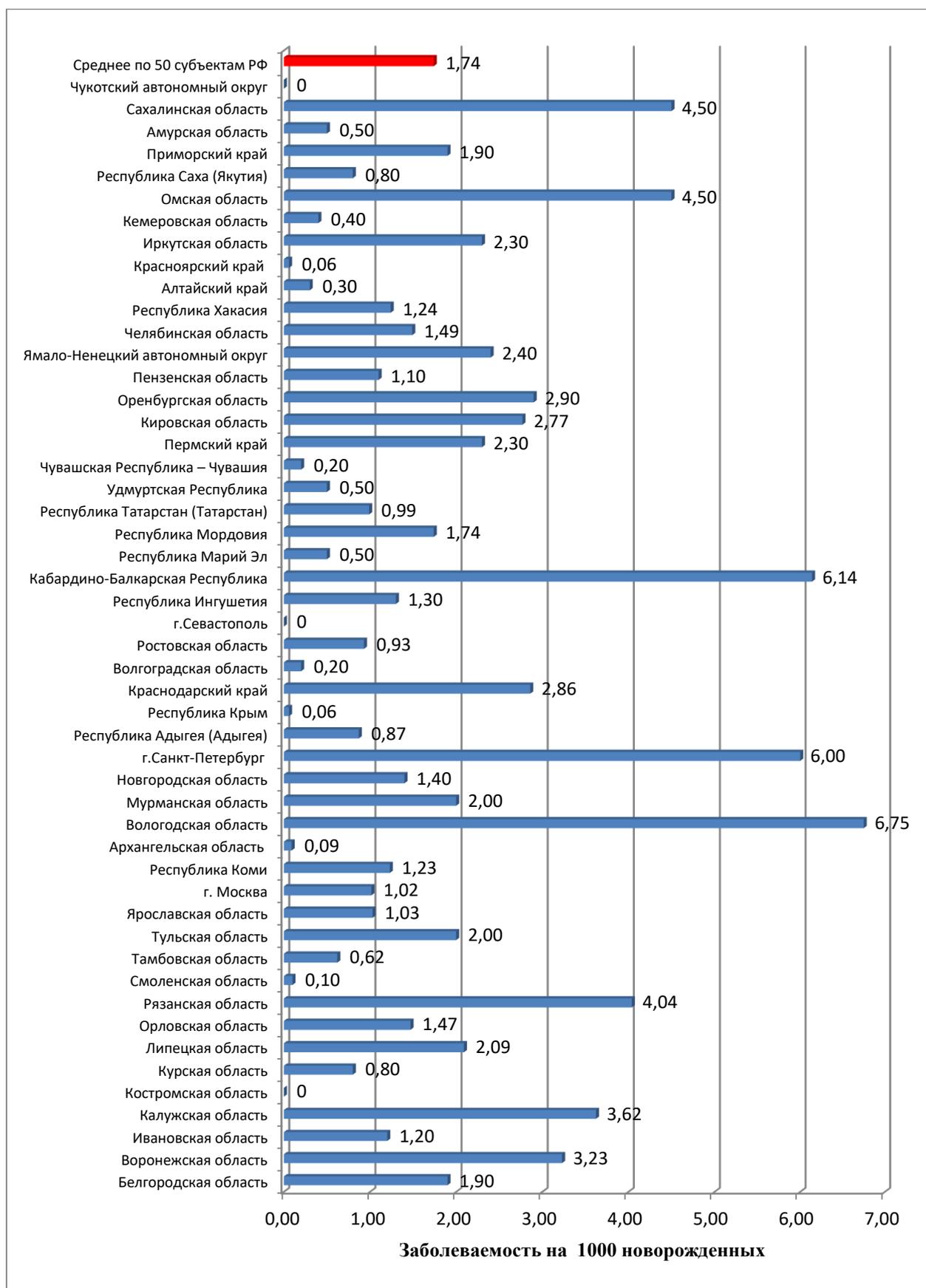


Рисунок 14. Заболееваемость ИСМП новорожденных в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 родившихся живыми (по данным РЦ)

Внутриутробные инфекции (ВУИ) новорожденных

По данным формы № 2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 26368 случаев внутриутробных инфекций новорожденных (ВУИ), показатель заболеваемости составил 16,70 случаев на 1000 новорожденных.

По данным мониторинга РЦ в 52 субъектах были учтены 20154 случая ВУИ новорожденных, показатель заболеваемости составил 15,1 на 1000. Наибольший уровень распространённости ВУИ регистрировался в Центральном ФО (20,21 на 1000 новорожденных) и наиболее низкий в Северо-Кавказском ФО (1,9 на 1000 новорожденных) ($p < 0,05$) (Рисунок 15).

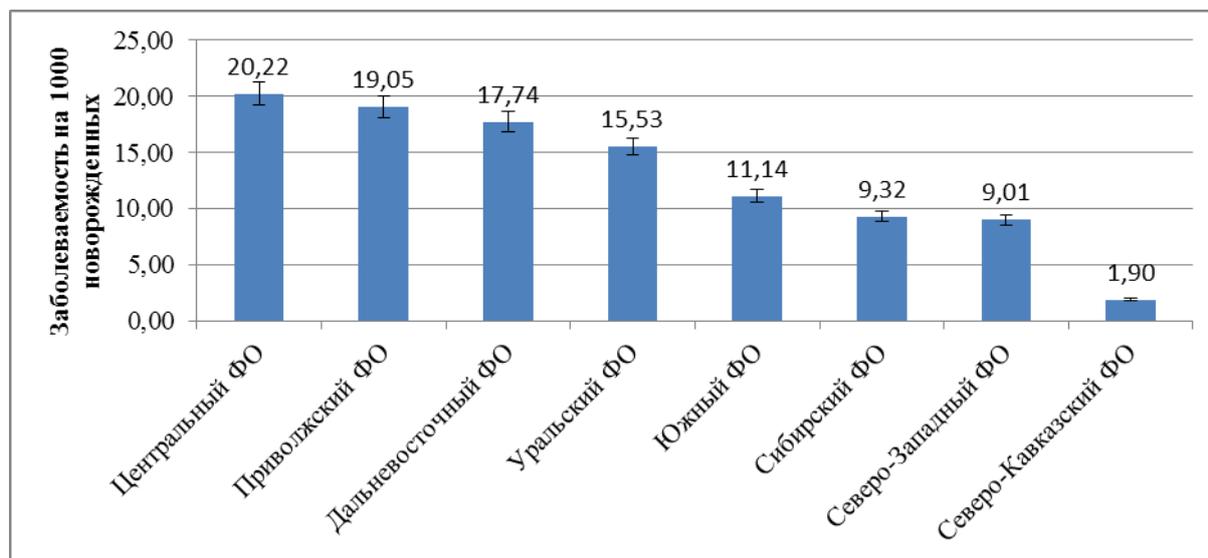


Рисунок 15. Заболеваемость ВУИ новорожденных по ФО на 1000 родившихся живыми (по данным РЦ)

В 3 субъектах из 52 ВУИ новорождённых зарегистрированы не были (Ивановская область, Республика Ингушетия, Чукотский автономный округ). За 2018 год не были представлены относительные показатели заболеваемости по Тверской и Самарской областям. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в Пермском крае (57 случаев на 1000 новорожденных) и Амурской области (50,7 случаев на 1000 новорожденных) (Рисунок 16). По абсолютным цифрам наибольшее число случаев ВУИ было зарегистрировано в г. Москве (6450 случаев), в Краснодарском (1928 случаев) и Пермском краях (1596 случаев).

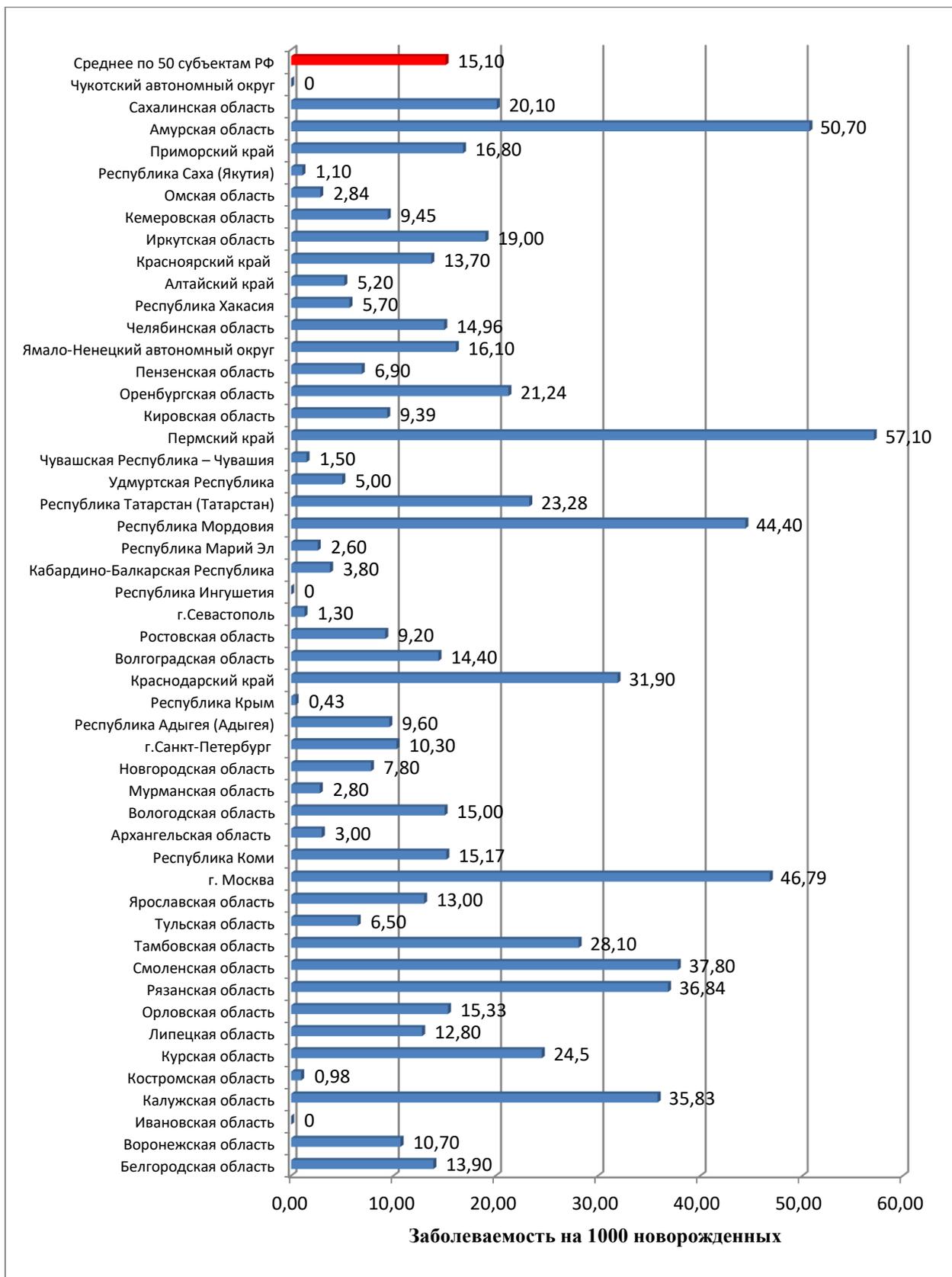


Рисунок 16. Заболелаемость ВУИ новорожденных в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 родившихся живыми (по данным РЦ)

Показатели заболеваемости ВУИ новорождённых не коррелировали с заболеваемостью ИСМП родильниц ($r=0,27$). Так, в Пермском крае при показателе ВУИ 57,1 на 1000 новорожденных, заболеваемость ИСМП родильниц составляла 0,97 на 1000 родов, в г. Москва – 46,8 на 1000 новорожденных и 0,51 на 1000 родов. Данные показатели свидетельствуют о недостоверном учете случаев ИСМП родильниц и ВУИ новорожденных.

ИСМП родильниц

По данным формы № 2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 2362 случая ИСМП родильниц (1,51 случай на 1000 родов).

По данным мониторинга РЦ в 52 субъектах Российской Федерации были учтены 1129 случаев ИСМП родильниц. Средний показатель заболеваемости составил 1,2 случая на 1000 родов. Наиболее высокий показатель заболеваемости отмечен в Уральском Федеральном округе (2,60 на 1000 родов), Дальневосточном и Северо-Западном ФО (2,30 случая и 2,27 на 1000 родов соответственно). Наиболее низкий показатель заболеваемости зарегистрирован в Южном и Северокавказском ФО (0,18 и 0,10 на 1000 родов соответственно) ($p<0,05$) (Рисунок 17).

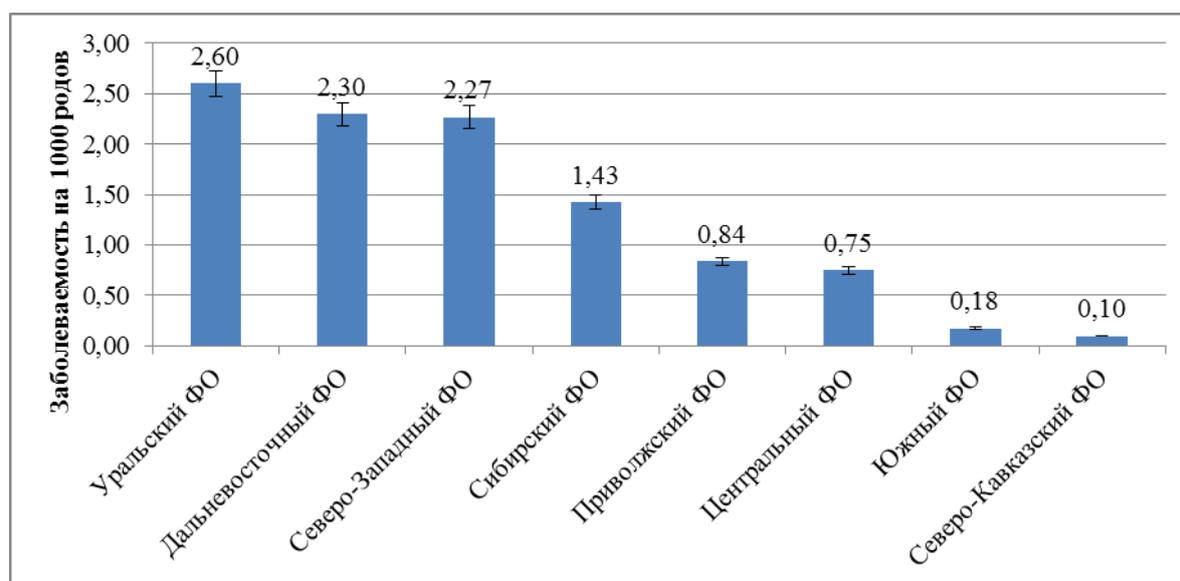


Рисунок 17. Заболеваемость ИСМП родильниц по ФО на 1000 родов (по данным РЦ)

В 5 субъектах из 52 (Ивановской, Тверской областях, Республике Адыгея, г. Севастополь, Чукотском автономном округе) ИСМП родильниц не регистрировали, что может свидетельствовать о дефектах учёта данной группы ИСМП. По Самарской области в отчётах не были представлены относительные показатели заболеваемости ИСМП – родильниц. Наибольший уровень заболеваемости регистрировался в Амурской области (10,4 случая на 1000 родов). По абсолютным показателям наибольшее число случаев было в г. Санкт-Петербург – 256 (3,9 случая на 1000 родов), далее в Омской и Амурской областях – по 90 случаев или в относительных показателях 4,39 случая и 10,04 на 1000 родов соответственно (Рисунок 18).

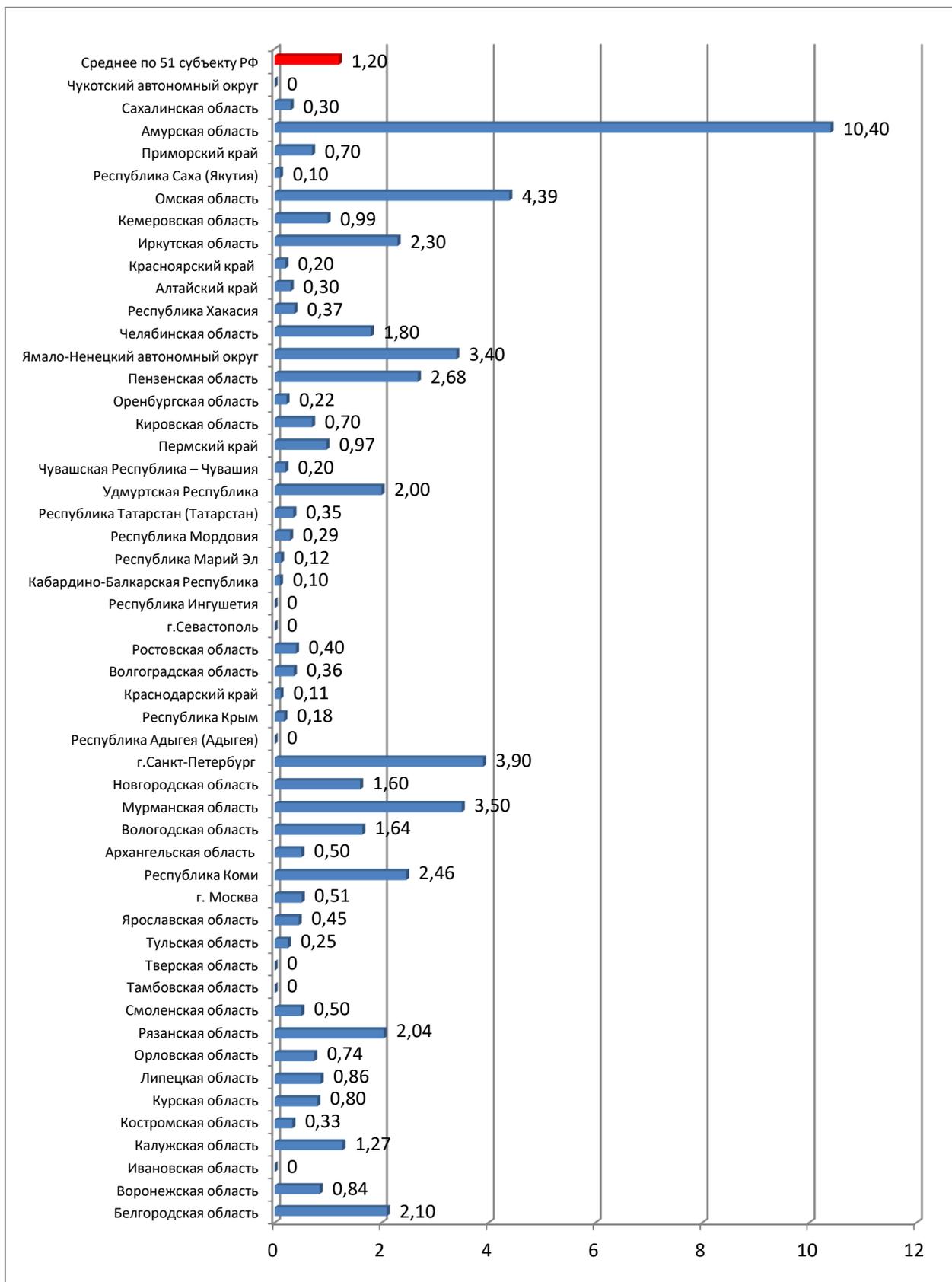


Рисунок 18. Заболеваемость ИСМП родильниц в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 родов (по данным РЦ)

Постинъекционные инфекционные осложнения

По данным формы №2 в 2018 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 1930 случаев постинъекционных инфекционных осложнений (0,06 случаев на 1000 госпитализированных пациентов).

По данным мониторинга РЦ в 52 субъектах были учтены 1048 постинъекционных инфекционных осложнений, показатель заболеваемости составил 0,07 на 1000 пациентов пролеченных в стационаре. Наиболее высокая заболеваемость имело место в Сибирском (0,10 ‰), Северо-Западном (0,09 ‰) и Уральском (0,095 ‰) Федеральных округах. Наименьший уровень заболеваемости отмечается в Южном ФО (0,02 ‰) ($p < 0,05$) (Рисунок 19).

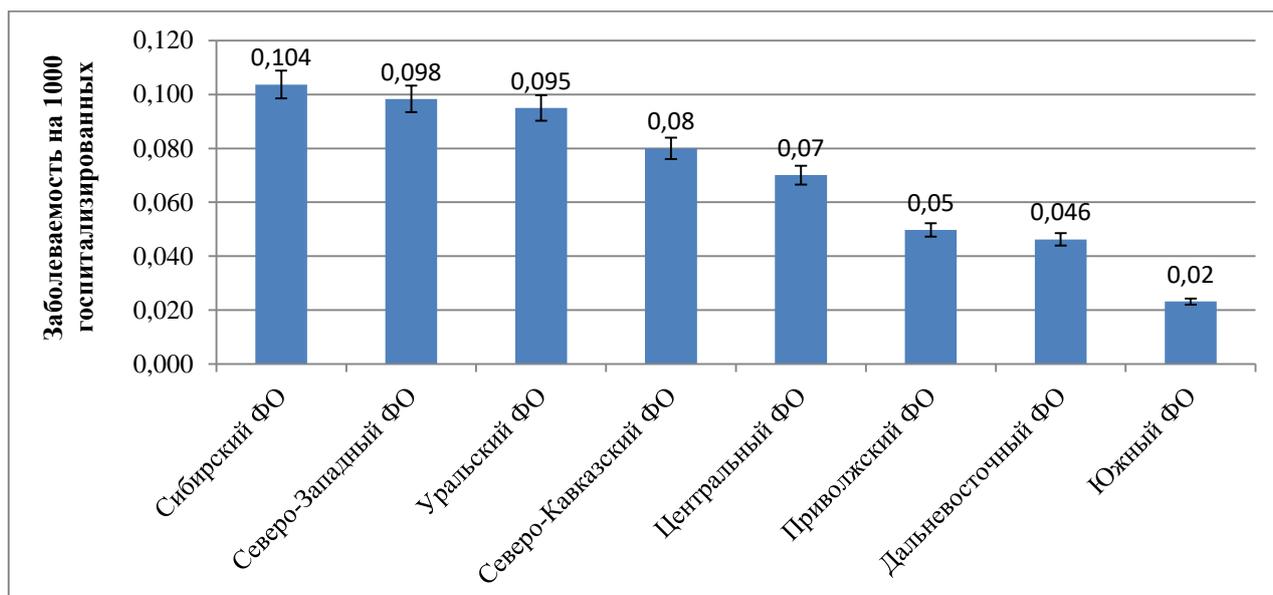


Рисунок 19. Заболеваемость постинъекционными инфекционными осложнениями по ФО на 1000 госпитализированных пациентов (по данным РЦ)

В 6 субъектах из 52 постинъекционные инфекционные осложнения не были зарегистрированы. В отчетах по Кировской и Тверской областям не были представлены относительные показатели. Наибольший показатель заболеваемости зарегистрирован в Ивановской области (0,4 ‰), на втором месте – Омская область (0,32 ‰), на третьем – Новгородская область (0,2 ‰). По абсолютным показателям наибольшее число случаев зарегистрировано в г. Москва (183 случая или 0,06 ‰), в Пермском крае и Омской области по 58 случаев (0,32 ‰ и 0,1 ‰ соответственно) и Челябинской области (56 случаев или 0,09 ‰) (Рисунок 20).

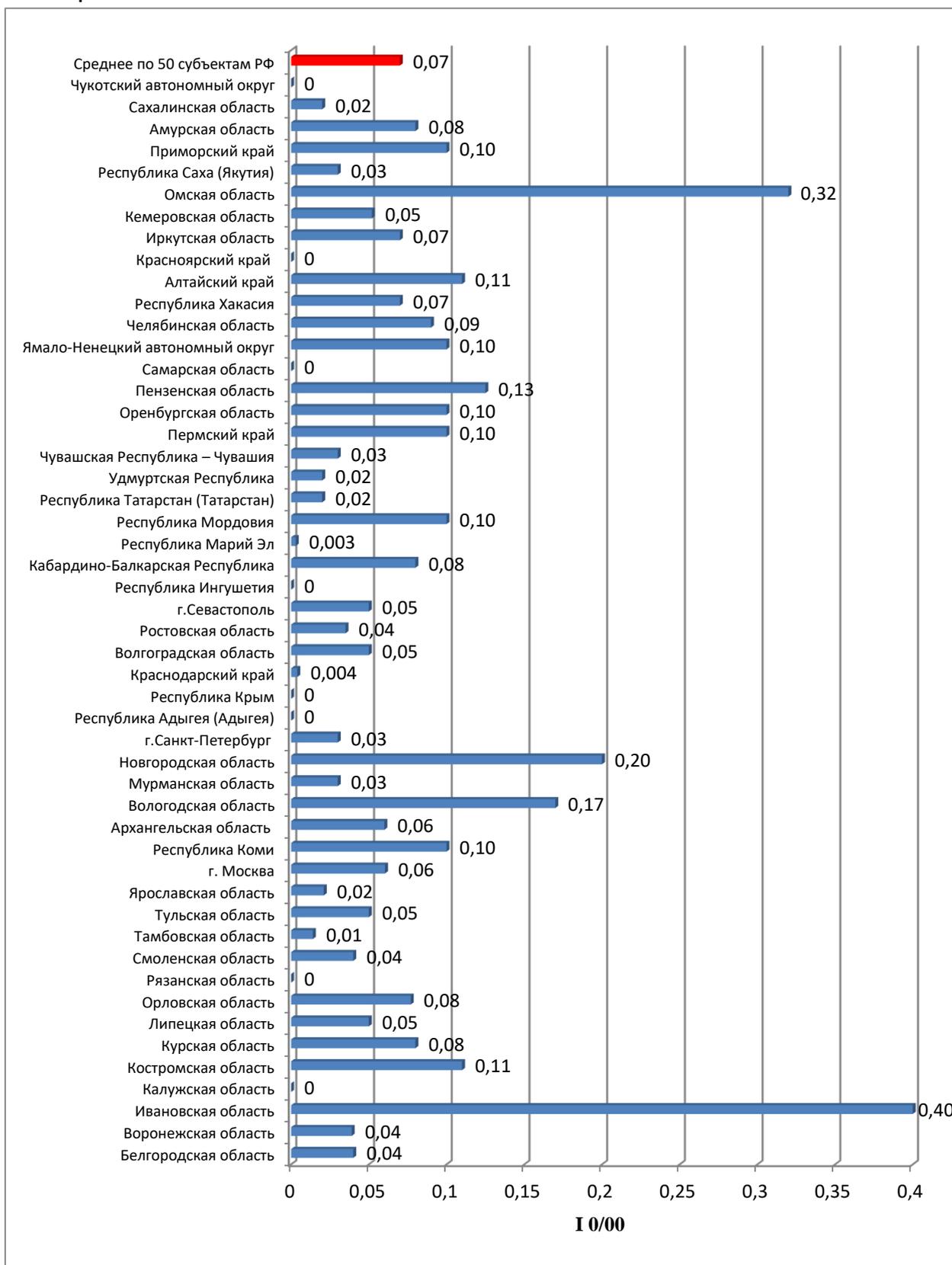


Рисунок 20. Заболеваемость постинъекционными инфекционными осложнениями в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Инфекции кровотока (ИК)

Учет случаев инфекций кровотока формой №2 не предусмотрен, поэтому анализ проводили по данным мониторинга РЦ. В соответствии с представленными данными в 52 субъектах Российской Федерации за 2018 год было зарегистрировано 502 случая инфекций кровотока (ИК), средний показатель заболеваемости составил 0,01 на 1000 госпитализированных. Наибольший уровень заболеваемости зарегистрирован в Уральском федеральном округе (0,08 на 1000 госпитализированных), а наиболее низкий – в Центральном федеральном округе, который составлял 0,002 на 1000 госпитализированных ($p < 0,05$) Рисунок 21.

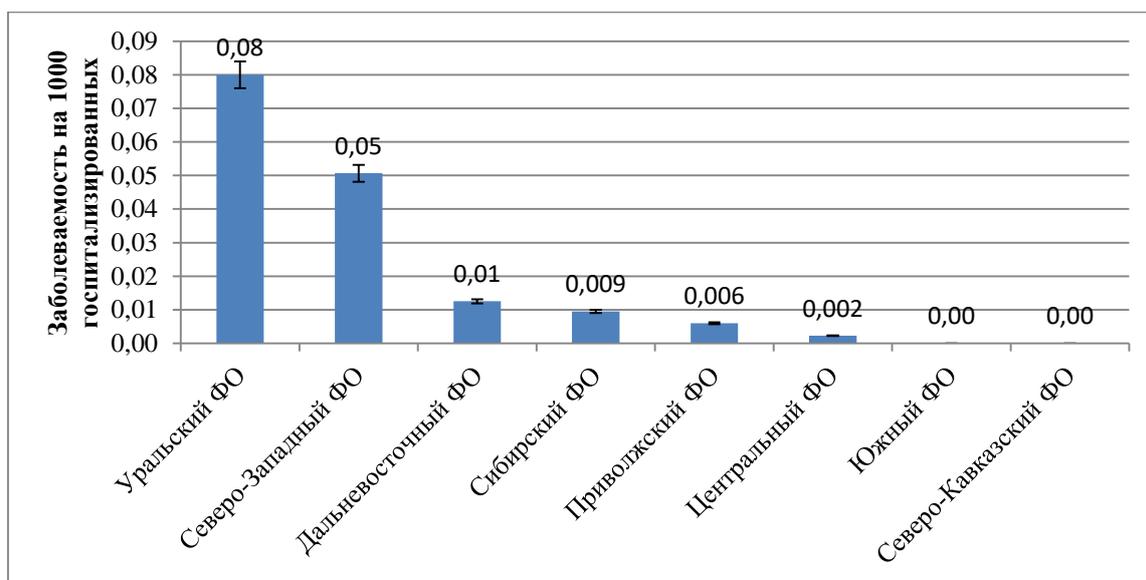


Рисунок 21. Заболеваемость ИК по ФО на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

В 34 субъектах не были зарегистрированы ИК, а по Сахалинской области не были представлены относительные показатели. Наиболее высокий уровень заболеваемости ИК, как и абсолютное число случаев, зарегистрировано в г. Санкт-Петербург (331 случай или 0,26 случаев на 1000 пролеченных) Рисунок 22.

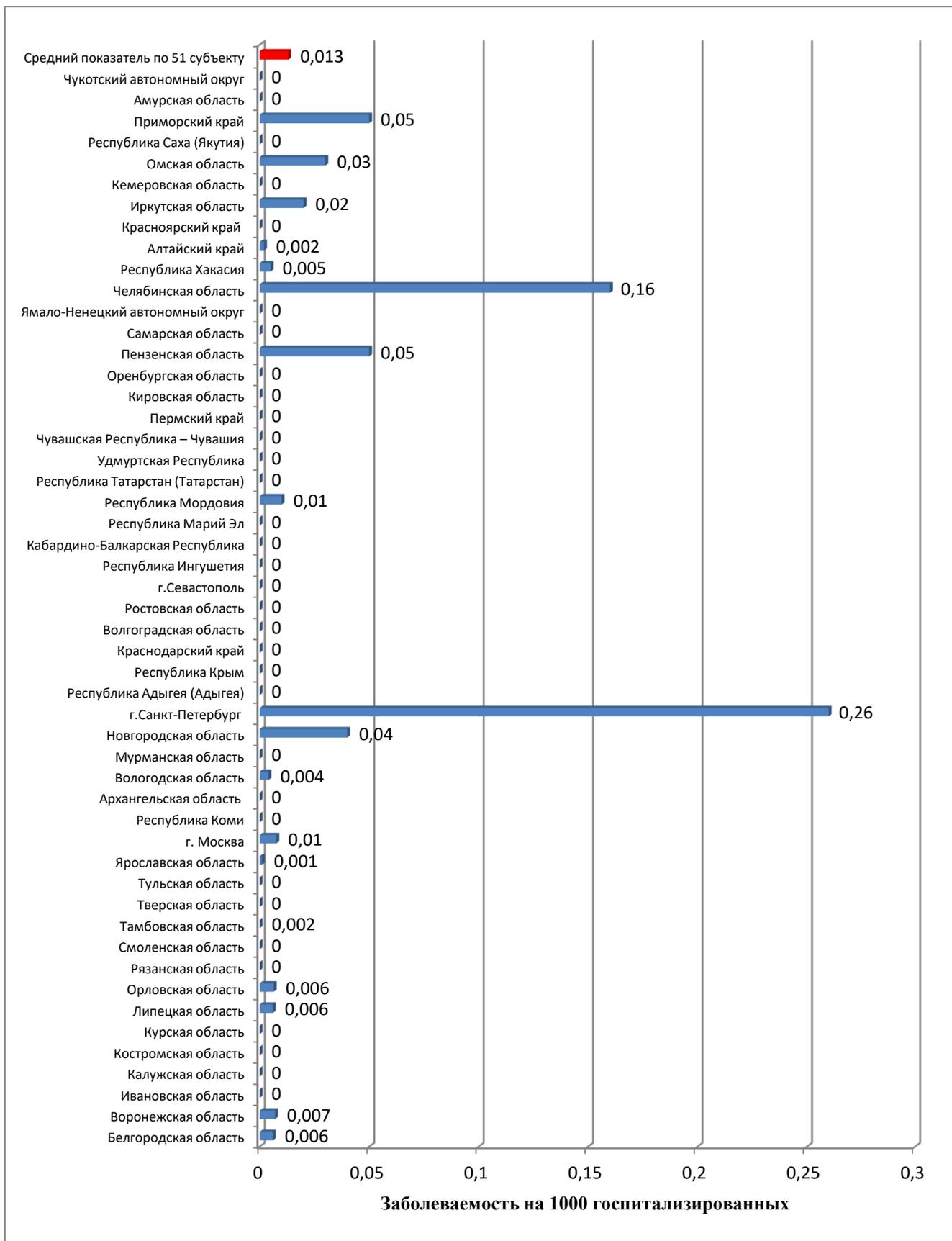


Рисунок 22. Заболелаемость инфекциями кровотока в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК)

Среди ИК при проведении мониторинга были выделены катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК). Всего в 52 субъектах было зарегистрировано - 184 случая КАИК. Средний показатель заболеваемости для КАИК составил 0,08 случая на 1000 катетеро/дней. Наиболее высокий уровень заболеваемости регистрировали в Северо-Западном федеральном округе (0,308 на 1000 катетеро/дней) и наиболее низкий в Дальневосточном федеральном округе (0,001 на 1000 катетеро/дней), $p < 0,05$ (Рисунок 23).

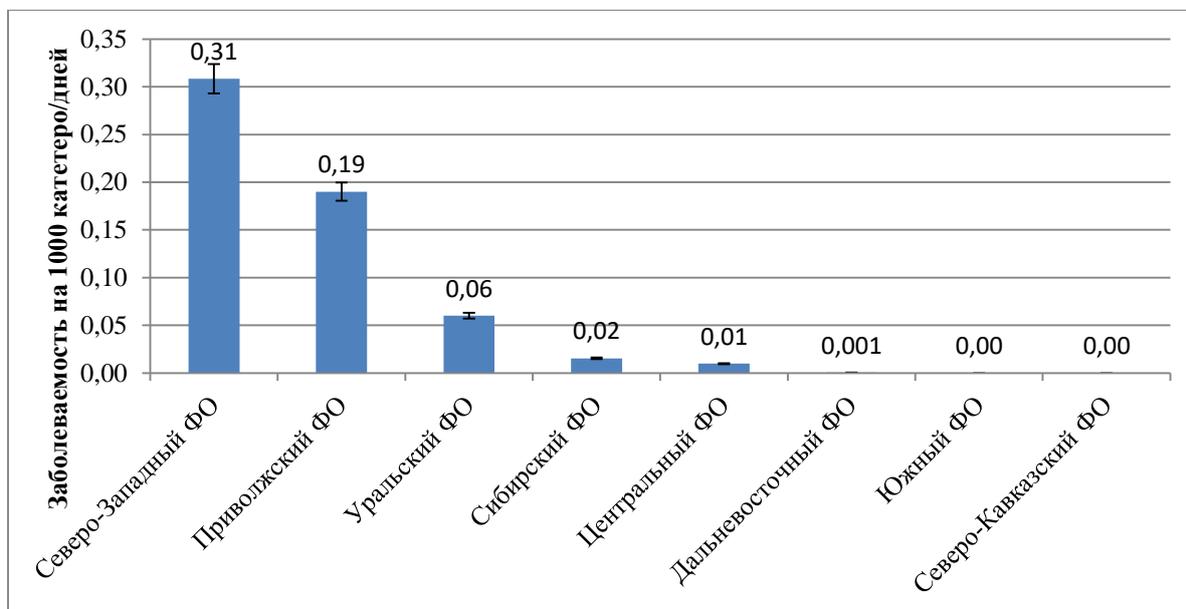


Рисунок 23. Заболеваемость КАИК по ФО на 1000 катетеро/дней (по данным РЦ)

Относительные показатели заболеваемости КАИК не были представлены по Орловской области. Наибольшие показатели заболеваемости были зарегистрированы в Пензенской (1,82 на 1000 катетеро-дней) и Новгородской областях (1,6 на 1000 катетеро-дней), в которых распространённость КАИК в 20 раз превышали средний показатель по 52 субъектам (Рисунок 24).

Более половины случаев КАИК было зарегистрировано в г. Санкт-Петербург (101 сл.), что свидетельствует о налаженной системе диагностики и регистрации данной формы ИСМП.

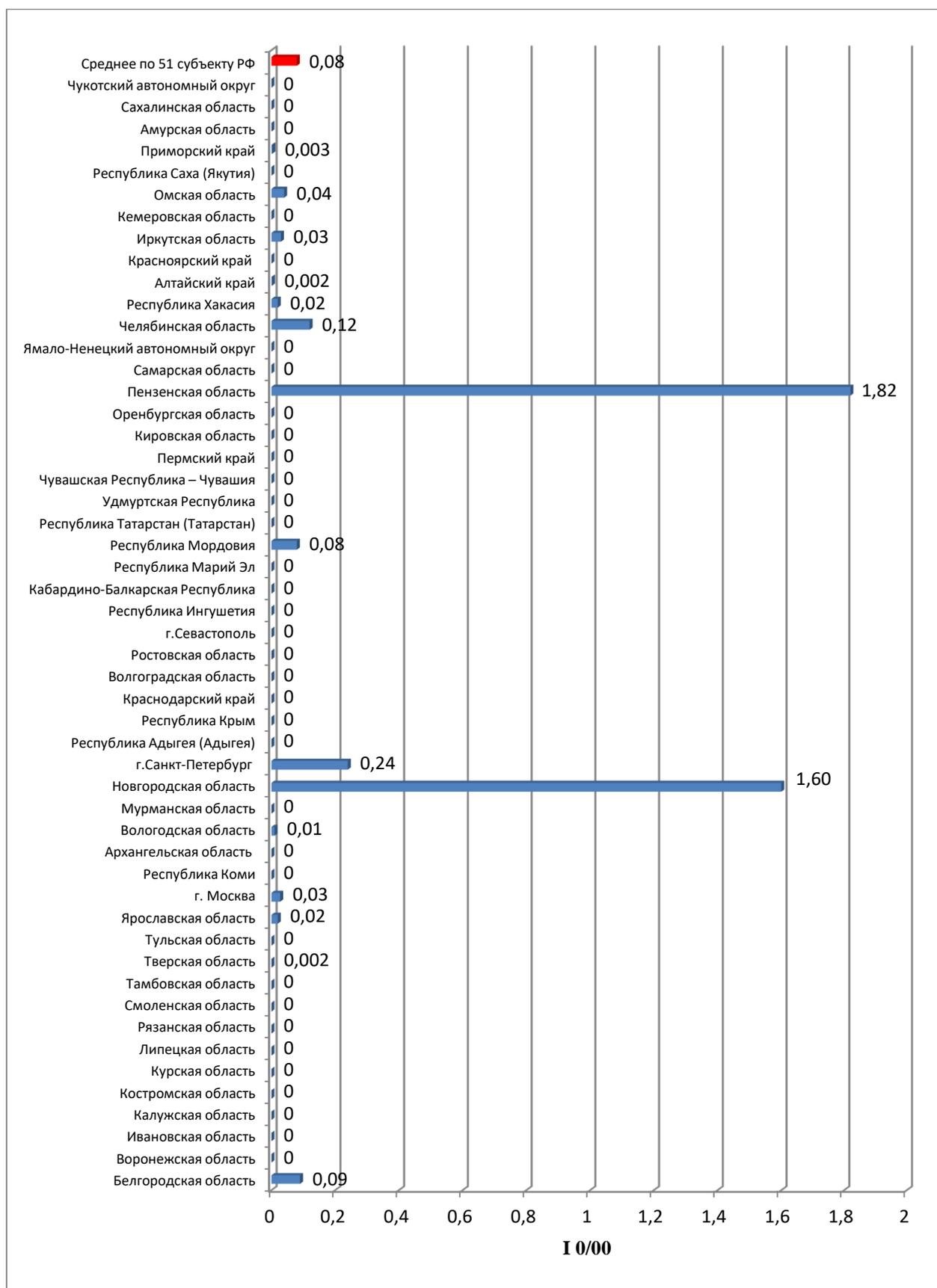


Рисунок 24. Заболеваемость катетер-ассоциированными инфекциями кровотока в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 катетеро-дней (по данным РЦ)

Прочие ИСМП

В связи с несоответствием учета группы прочих ИСМП в форме №2 и формах РЦ анализ заболеваемости был проведен только по данным РЦ. Всего за 2018 год в медицинских организациях 52 субъектов Российской Федерации у госпитализированных пациентов было зарегистрировано 777 случаев острых кишечных инфекций (ОКИ) и 766 случаев воздушно-капельных инфекций (ВКИ). Средний показатель заболеваемости ОКИ составил 0,07 на 1000 пациентов, ВКИ – 0,07 на 1000. Наиболее высокий уровень заболеваемости ОКИ регистрировался в Дальневосточном ФО (0,18 на 1000 госпитализированных), а воздушно-капельными инфекциями – в Приволжском ФО (0,072 на 1000 пролеченных в стационарах, $p < 0,05$). Наименьшее число заболевших острыми кишечными и ВКИ было в ЮФО (0,01 и 0,001 на 1000 госпитализированных, соответственно, $p < 0,05$). В Северо-Кавказском ФО внутрибольничной заболеваемости острыми кишечными и воздушно-капельными инфекциями вообще не было (Рисунок 25 и 26).

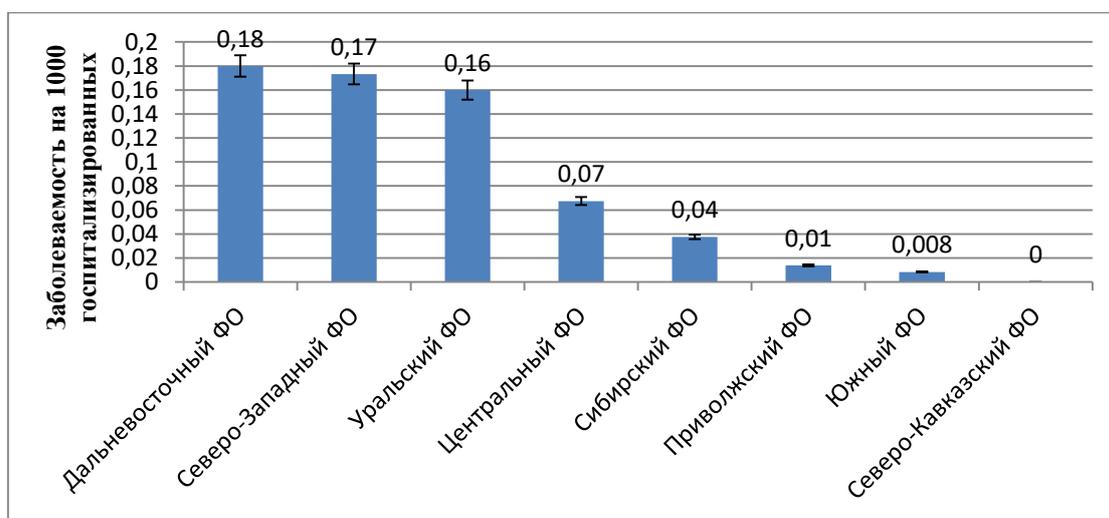


Рисунок 25. Заболеваемость ОКИ по ФО на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

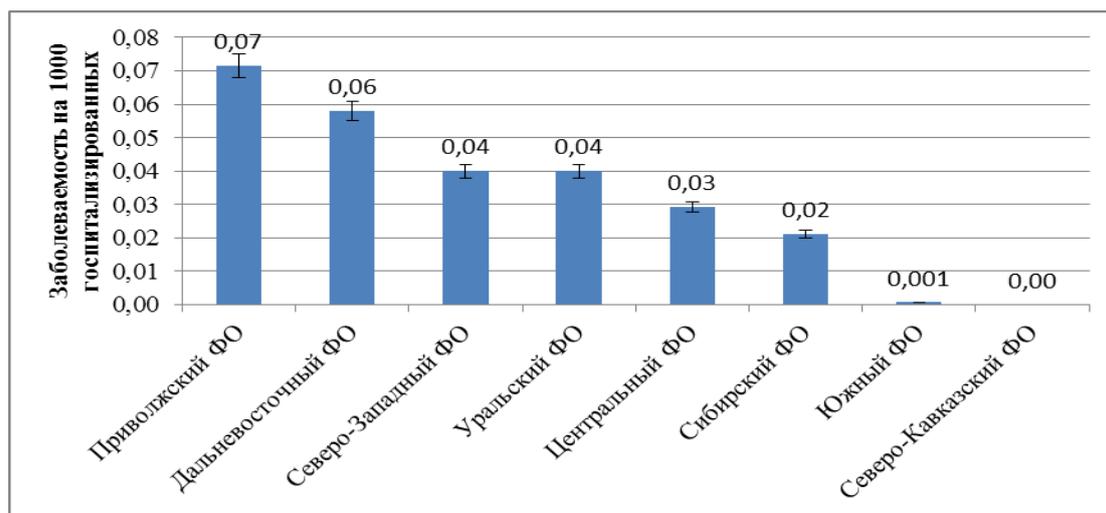


Рисунок 26. Заболеваемость ВКИ по ФО на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Из субъектов Российской Федерации наибольший показатель заболеваемости острыми кишечными инфекциями зарегистрирован в Сахалинской области (0,7 случаев на 1000 госпитализированных), на втором месте – Калужская область (0,69 случаев на 1000 госпитализированных), на третьем – Новгородская область (0,4 случая на 1000 госпитализированных). По Тверской и Самарской областям не были представлены показатели заболеваемости, была информация только по абсолютному числу зарегистрированных случаев ИСМП. По абсолютному числу случаев острых кишечных инфекций на первом месте был г. Санкт-Петербург (123 случая), на втором – Сахалинская область (95), на третьем – Иркутская область (45) (Рисунок 27).

Наибольший показатель заболеваемости воздушно-капельными инфекциями зарегистрирован в Республике Марий Эл и Республике Саха (0,2 случая на 1000 госпитализированных), на втором месте - Пензенская область (0,18 случаев на 1000 госпитализированных), на третьем – Оренбургская область (0,14 случаев на 1000 госпитализированных). Относительные показатели заболеваемости не были представлены по Самарской области и Ямало-Ненецкому автономному округу. По абсолютному числу случаев на первом месте были г. Москва (185 случаев), на втором – Оренбургская область (79 случаев), на третьем – Пермский край (78 случаев) (Рисунок 28).

Превышение в 5-10 раз средних показателей заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Сахалинской и Калужской областях, воздушно-капельными инфекциями в Республиках Саха (Якутия), Марий Эл, Пензенской области обусловлено распространением инфекций при заносе в медицинскую организацию.

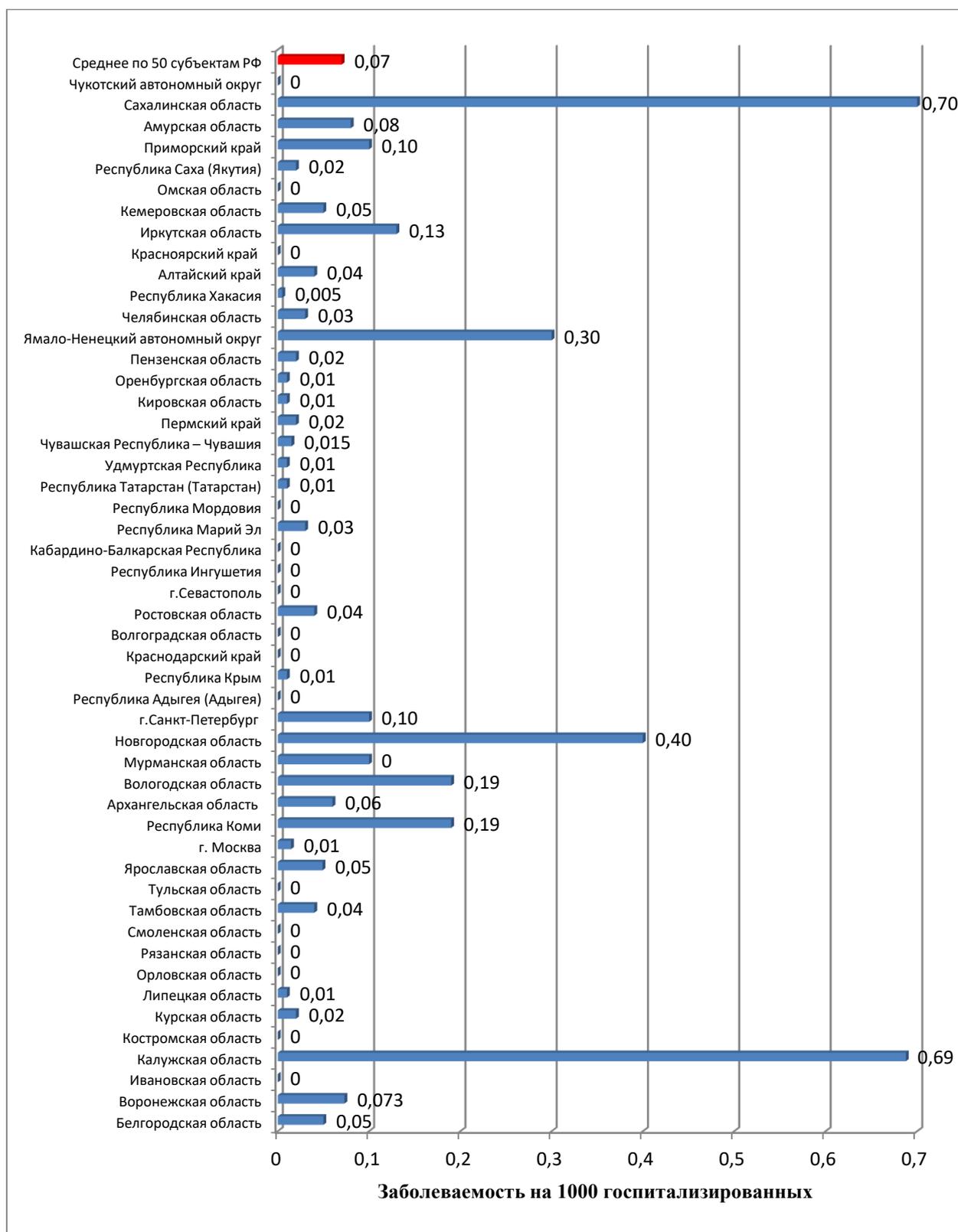


Рисунок 27. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

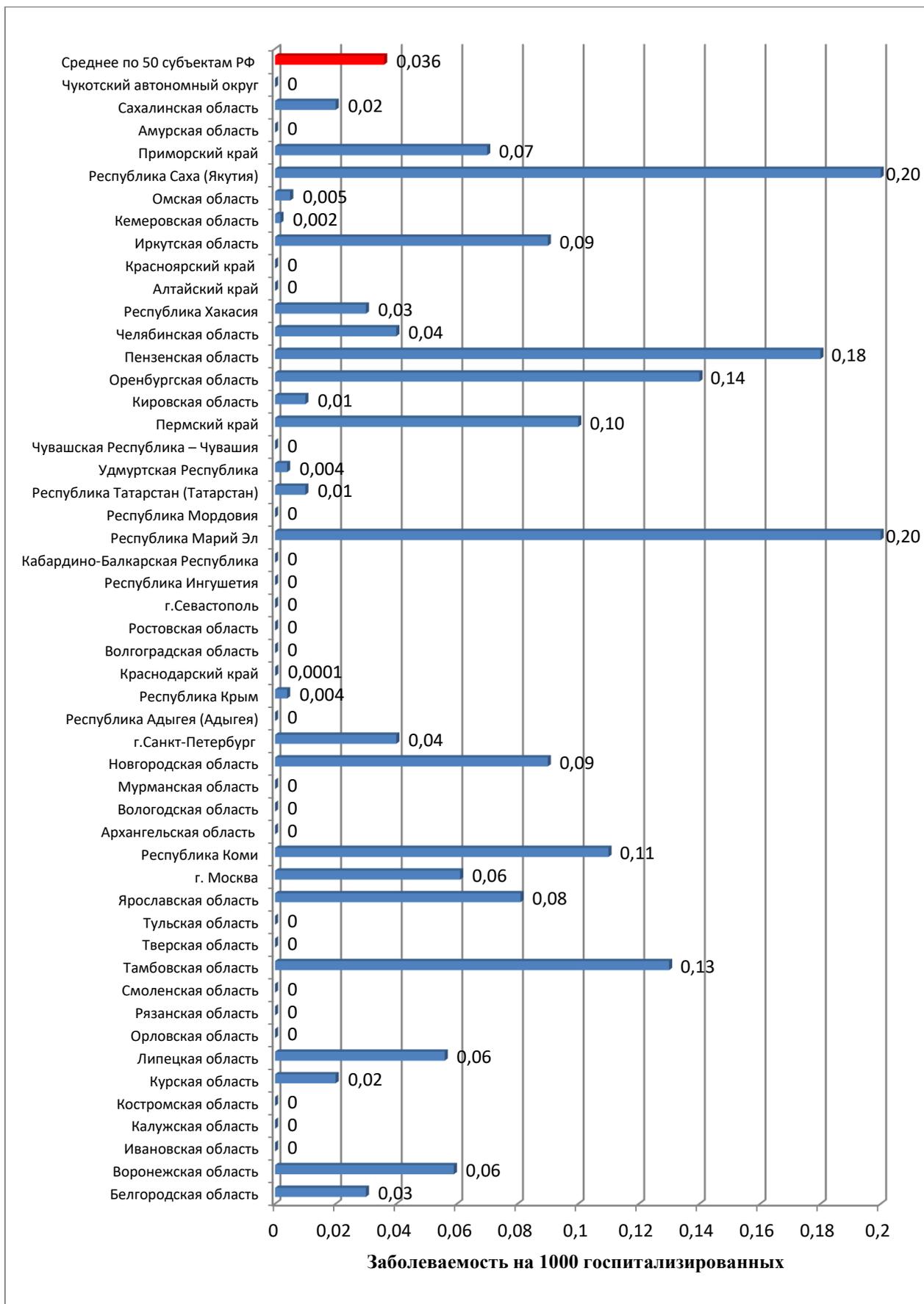


Рисунок 28. Заболеваемость воздушно-капельными инфекциями в 52 субъектах Российской Федерации на 1000 госпитализированных (по данным РЦ)

Групповая заболеваемость ИСМП

По данным формы №23 "Сведения о вспышках инфекционных заболеваний" в 2018г. по сравнению с 2017г. увеличилось количество вспышек, зарегистрированных в медицинских организациях (52), хотя общее число пострадавших в таких очагах по сравнению с 2017 годом увеличилось незначительно, а именно на 4,5 % (с 510 до 533 чел.), в том числе детей до 17 лет – на 2,8 % (с 279 до 287 чел.). На детские стационары в 2018 г. приходилось около половины от общего числа вспышек (46,1 %). В отчетном году зарегистрировано 2 вспышки в стационарах хирургического профиля, в которых в предыдущие годы (2016–2017 гг.) вспышек не регистрировалось.

В 2018 г. вспышки в МО были преимущественно связаны с воздушно-капельным путем передачи инфекций (55,8 %), контактно-бытовой путь передачи составил 25 %, пищевой – 15,4 %. Значимая доля в структуре вспышечной заболеваемости в 2018 году, так же, как и в 2017г., принадлежала коревой инфекции (19 очагов в МО).

Этиологическая структура ИСМП за 2018 год

В 2019г. впервые РЦ по специально разработанным формам были собраны и проанализированы данные об этиологической структуре возбудителей ИСМП за 2018г. По результатам проведенного исследования по 52 субъектам Российской Федерации было установлено, что из 38448 пациентов с ИСМП и ВУИ были обследованы 29111, что составило 76% от общего количества пациентов. Наиболее низкие показатели этиологической расшифровки ИСМП (без ВУИ) имели место в Самарской, Тамбовской области и Смоленской областях, соответственно 4,8%, 32,1% и 35,1%. Таким образом можно констатировать, что в части субъектов РФ не проводится этиологическая расшифровка ИСМП, что является нарушением требований санитарного законодательства (СанПиН 2.1.3.2630-10) (Рисунок 29).

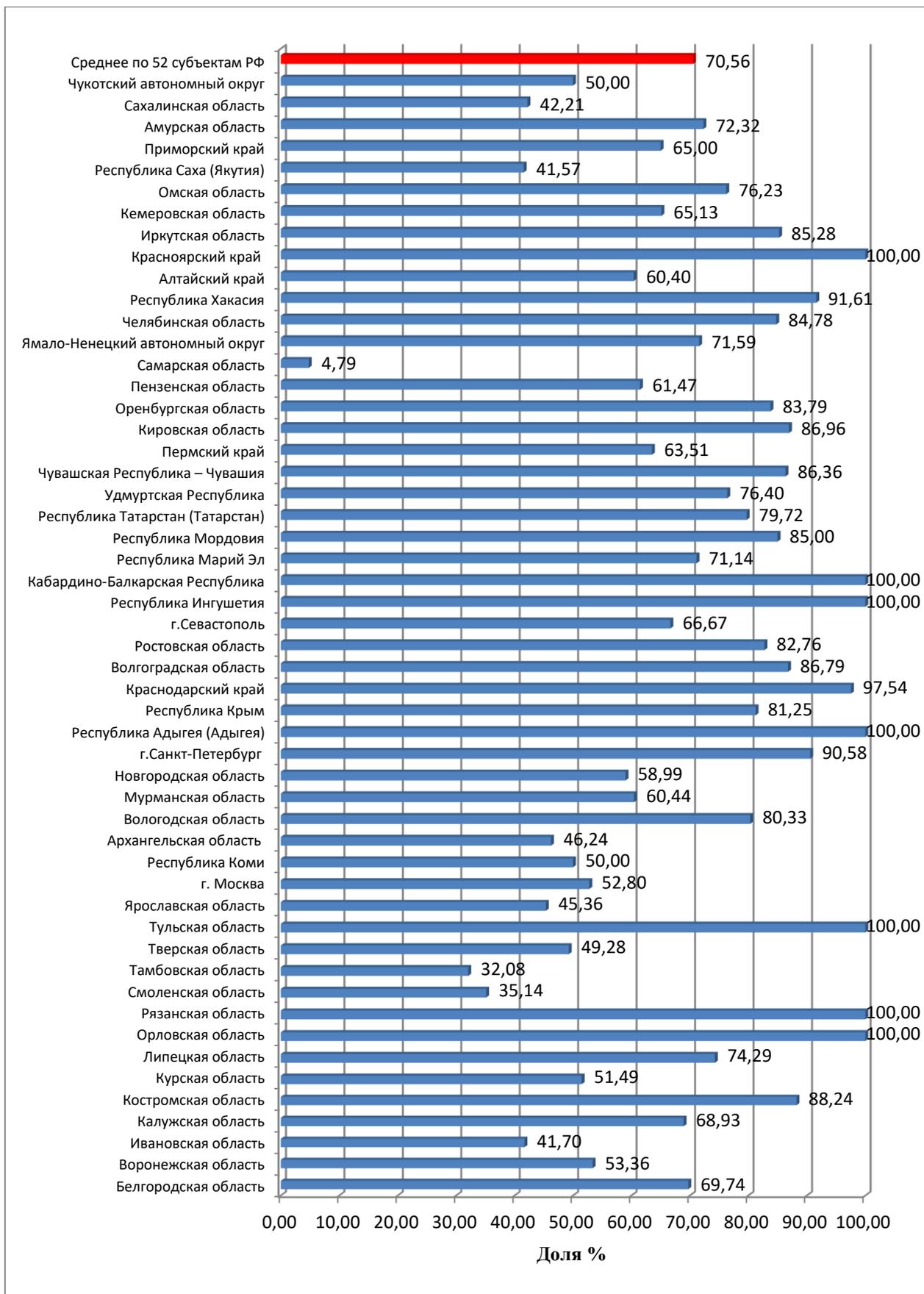


Рисунок 29. Доля этиологически расшифрованных случаев ИСМП (%) по 52 субъектам Российской Федерации (по данным РЦ)

Из 11762 проб биоматериала от пациентов с ИСМП доля положительных находок составила 75,1%, что свидетельствует либо о дефектах забора биологического материала от пациентов, либо о качестве лабораторной диагностики. Всего было выделено 13317 культур патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Наибольший вклад в заболеваемость ИСМП внесли клебсиелла – 17,7%, золотистый стафилококк – 15,3% и кишечная палочка – 12,1% (Рисунок 30).

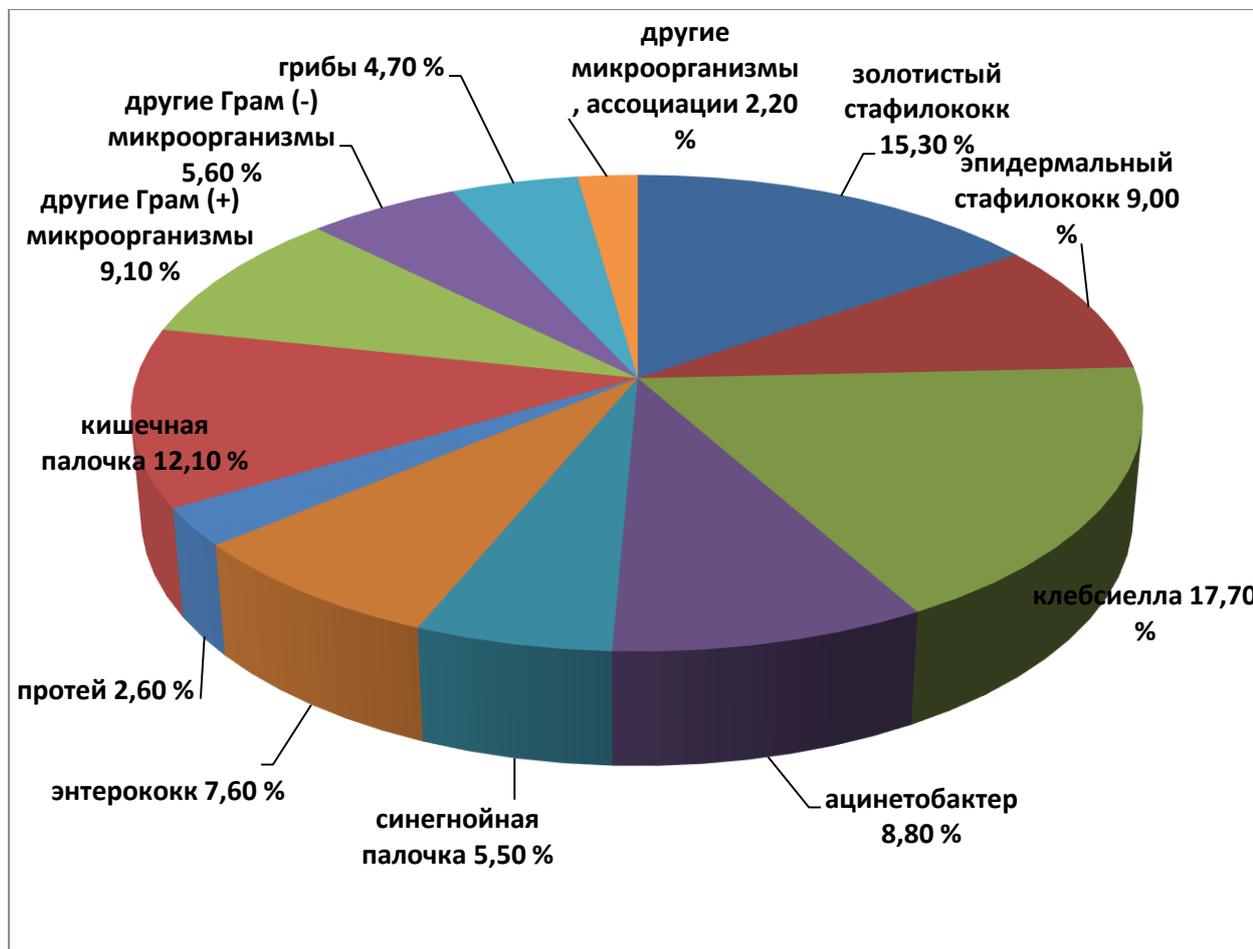


Рисунок 30. Этиологическая структура ИСМП в % (по данным РЦ)

Для выявления возбудителей ИОХВ были обследованы 3095 пациентов, что составило 83,4 % от всех случаев ИОХВ. В 2656 пробах биоматериала были идентифицированы 2865 микроорганизмов. В этиологической структуре ИОХВ преобладал золотистый стафилококк – 19,3%, на втором месте кишечная палочка – 14,9%, на третьем – клебсиелла – 13,8% (Рисунок 31).

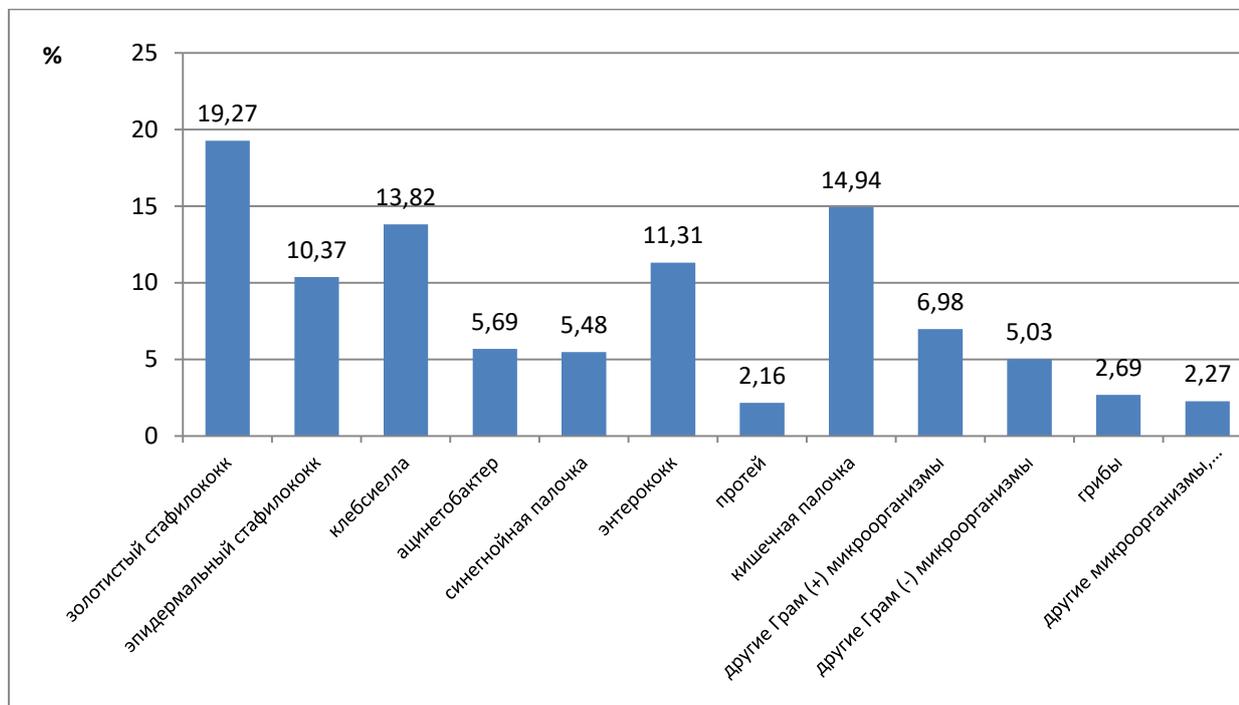


Рисунок 31. Этиологическая структура ИОХВ (по данным РЦ)

Для изучения этиологии постинъекционных инфекций были обследованы 813 пациентов, что составило 77,6% от всех пациентов с данной нозологией. В 45,1% проб были выделены 354 микроорганизма. В этиологической структуре преобладали золотистый стафилококк – 47,2%, на втором месте эпидермальный стафилококк – 25,7%, на третьем – кишечная палочка – 8,2% (Рисунок 32).

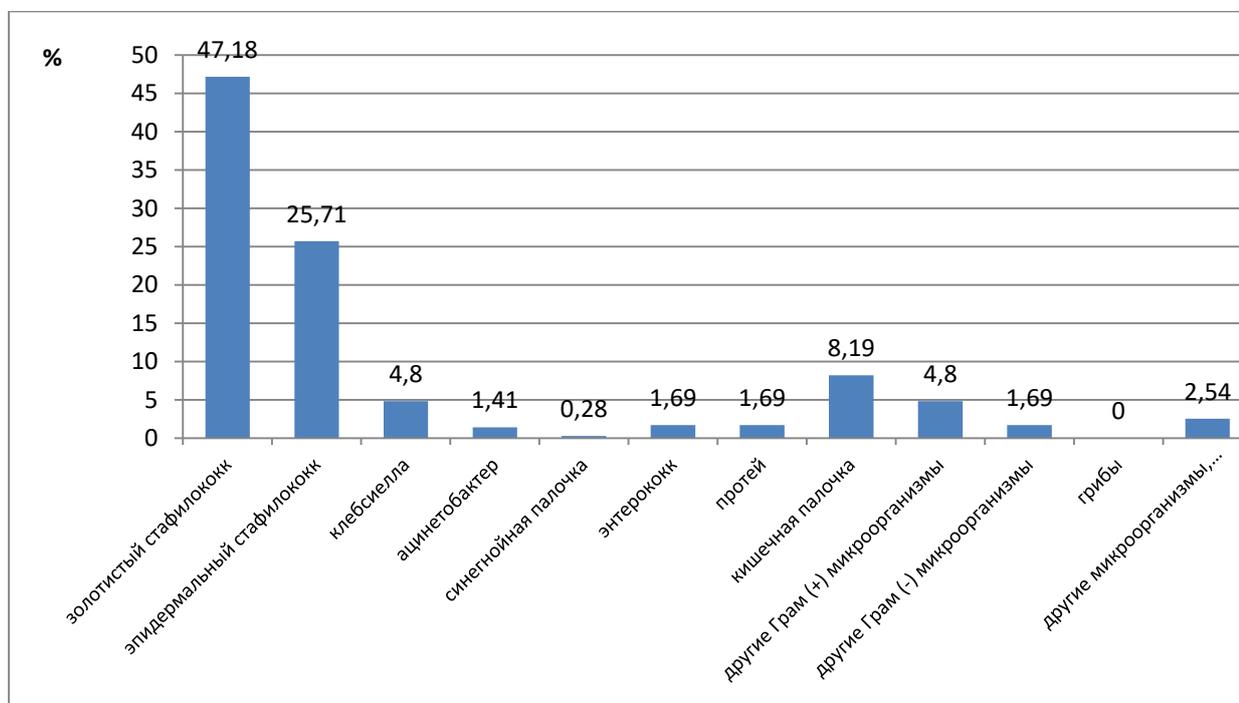


Рисунок 32. Этиологическая структура постинъекционных инфекций (по данным РЦ)

При ИНДП были обследованы 5118 пациентов, что составило 82,9% от числа зарегистрированных. В 76,6% проб были выделены 4217 микроорганизмов. В этиологической структуре ИНДП преобладали клебсиелла – 24,8% и ацинетобактер – 11,7% (Рисунок 33).

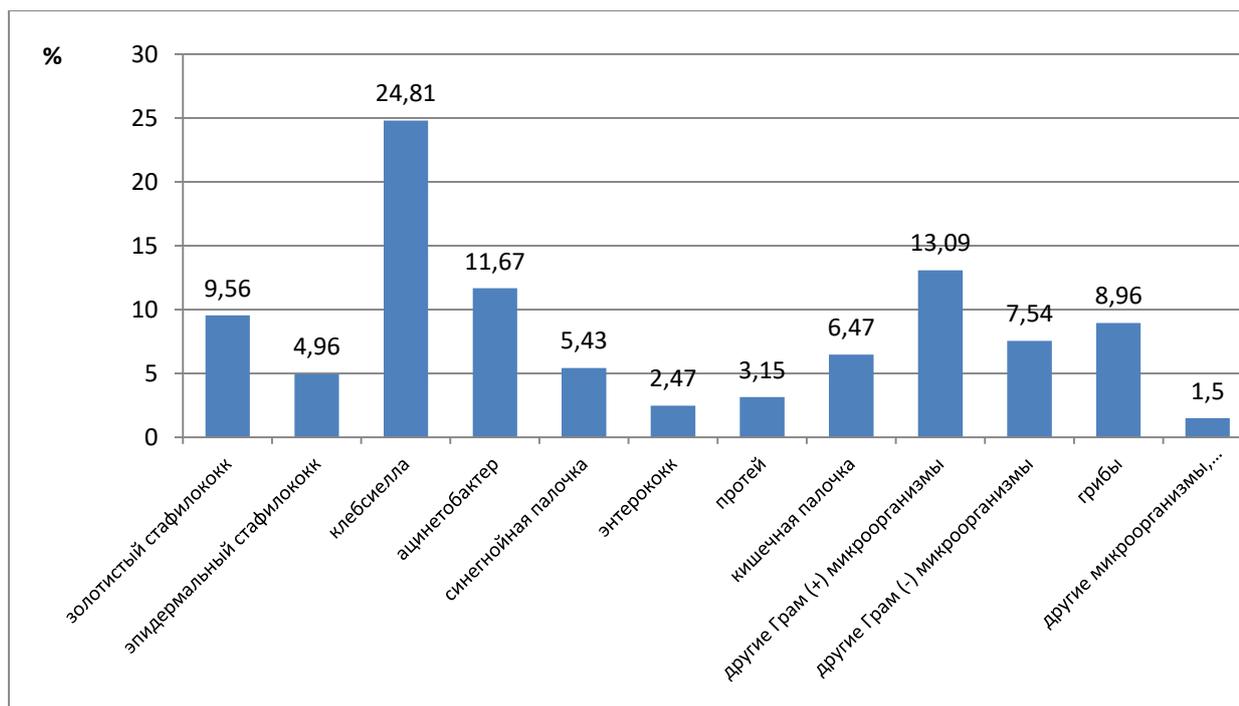


Рисунок 33. Этиологическая структура ИНДП (по данным РЦ)

Этиологическая структура ИНДП ассоциированных с ИВЛ в основном была представлена клебсиеллой – 26,5% и ацинетобактером – 19,4% (Рисунок 34).

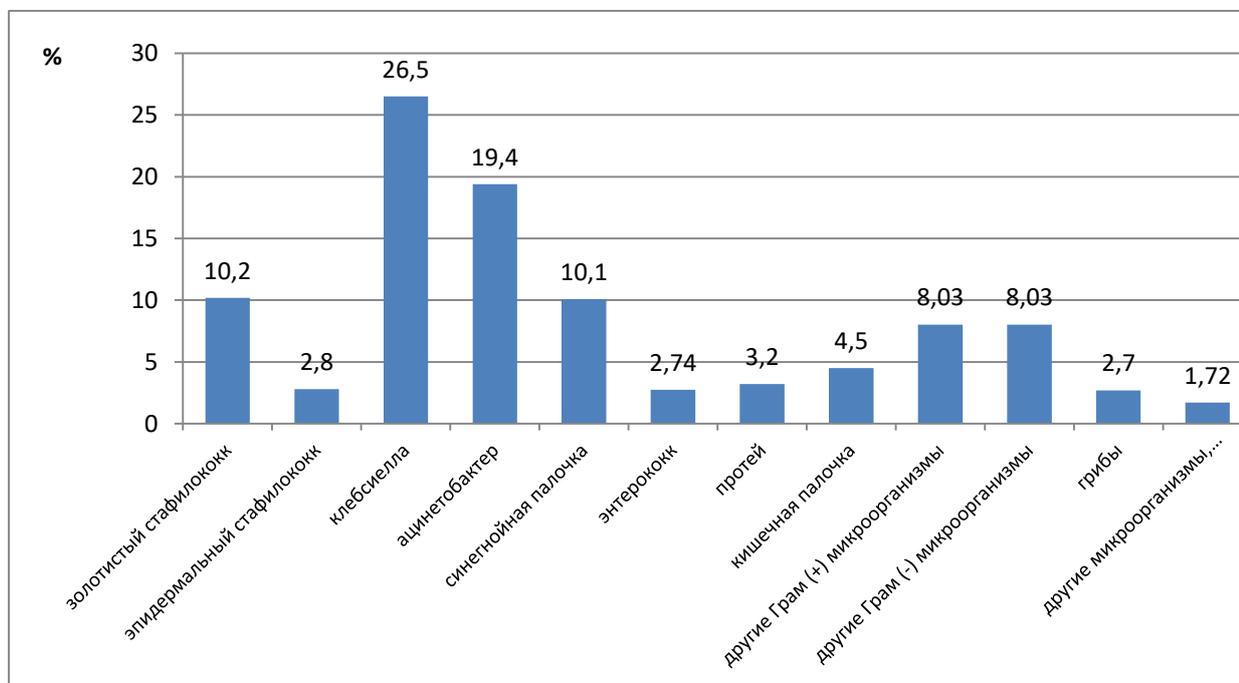


Рисунок 34. Этиологическая структура ИВЛ-ассоциированных ИНДП (по данным РЦ)

Из числа пациентов с инфекциями кровотока на выявление возбудителей были обследованы 453 пациента, что составило 90,2%. В процессе исследований из их биоматериала были выделены 494 микроорганизма, что составило 88,9% от всех проб. В этиологической структуре преобладали клебсиелла – 24,1% и золотистый стафилококк – 21,9% (Рисунок 35).

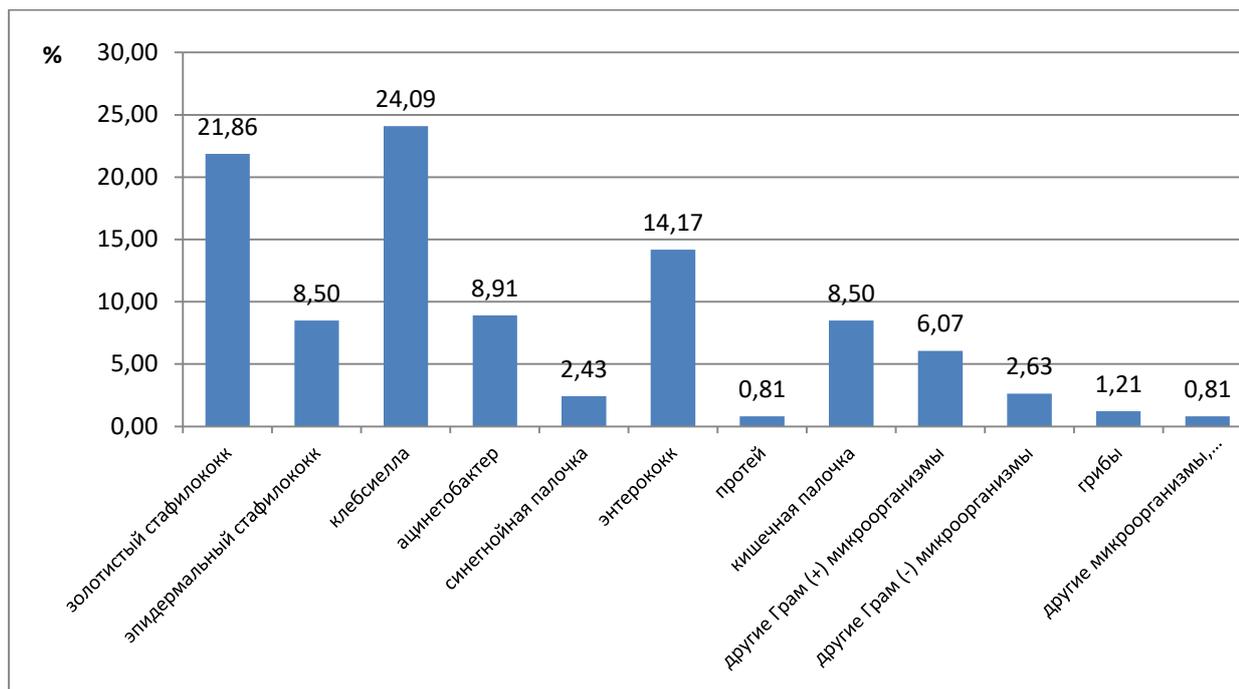


Рисунок 35. Этиологическая структура ИК (по данным РЦ)

При катетер-ассоциированных ИК в структуре выделенных микроорганизмов преобладали золотистый (20%) и эпидермальный (19,3%) стафилококки (Рисунок 36).

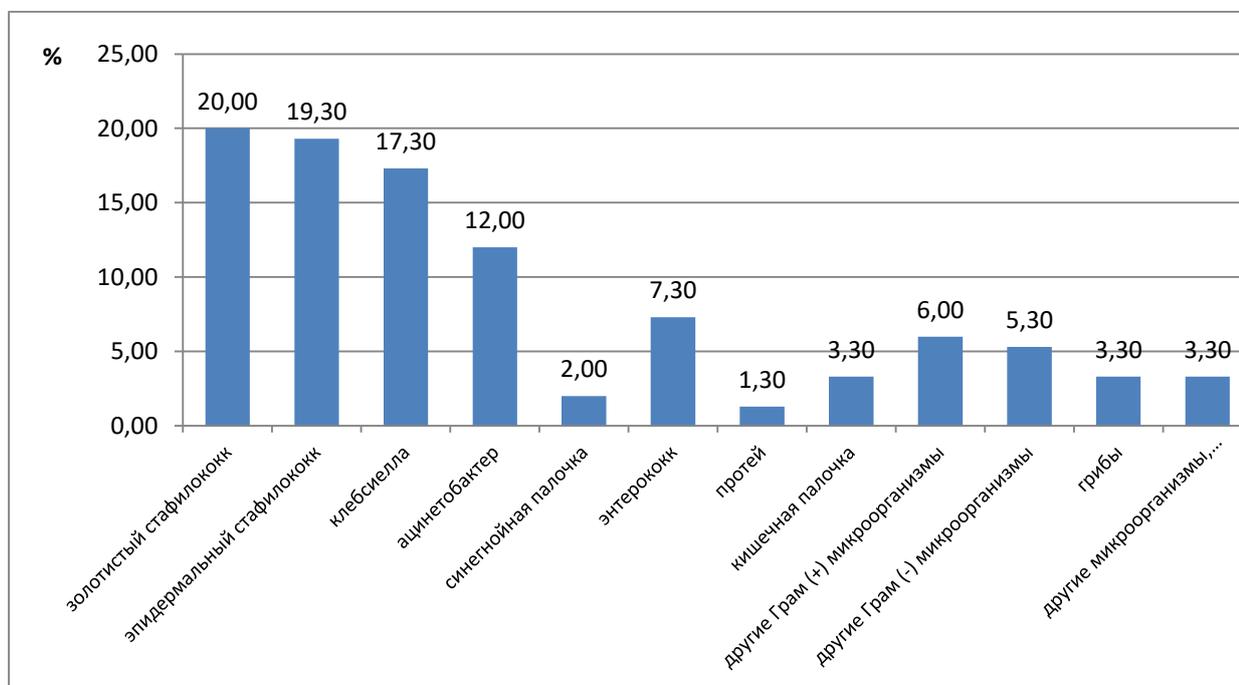


Рисунок 36. Этиологическая структура катетер-ассоциированных ИК (по данным РЦ)

При наличии клинических проявлений ИМВП были обследованы 318 пациентов, что составило 14,9% от всех пациентов с ИМВП. В 93,4% проб были выделены микроорганизмы, среди которых преобладали кишечная палочка – 39,0% и энтерококки – 22,0 % (Рисунок 37).

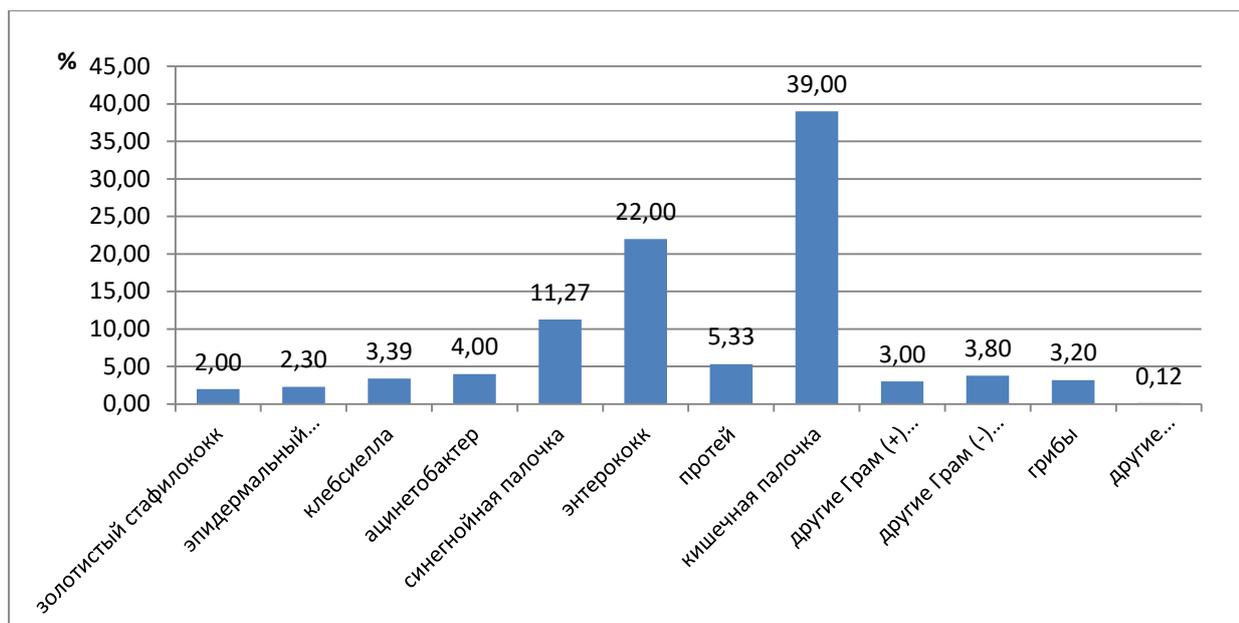


Рисунок 37. Этиологическая структура ИМВП (по данным РЦ)

При катетер-ассоциированных ИМВП в этиологической структуре преобладали клебсиеллы – 25,6% и энтерококки – 20,0 % (Рисунок 38).

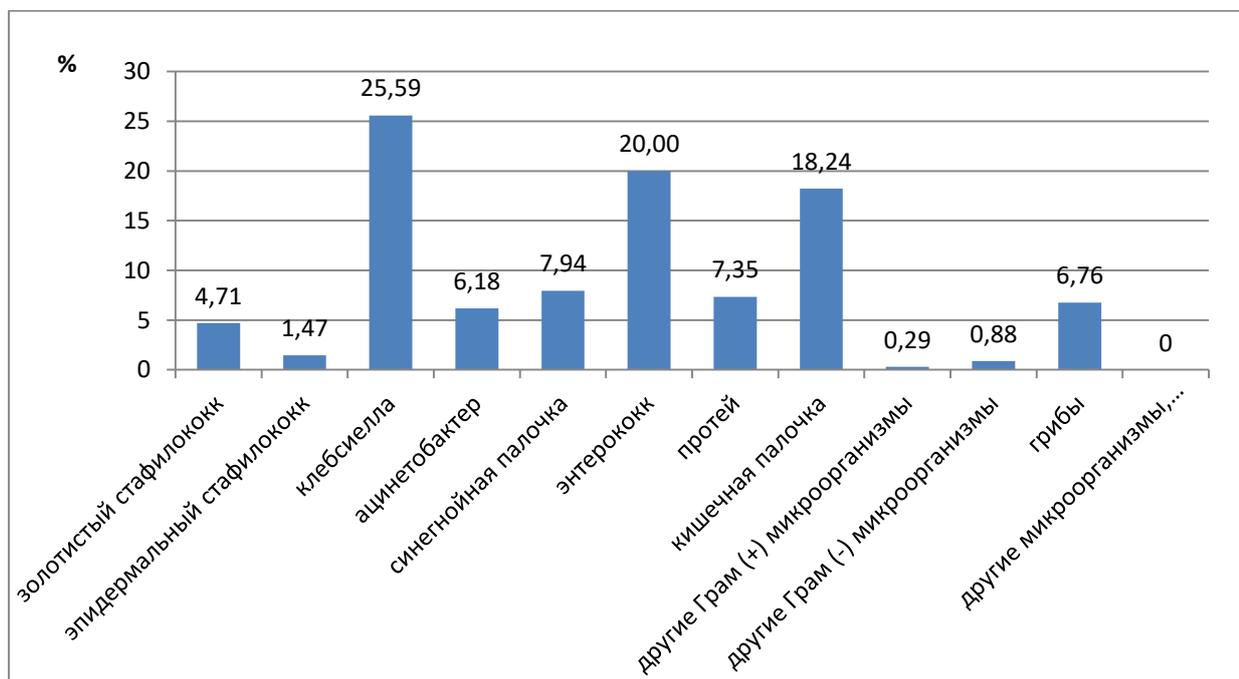


Рисунок 38. Этиологическая структура катетер-ассоциированных ИМВП (по данным РЦ)

Для расшифровки этиологии ГСИ у родильниц были исследованы 999 проб биоматериала, что составило 88,5% от всех зарегистрированных случаев ИСМП. В 79,3% проб биоматериала было выделено 868 микроорганизмов. В этиологической структуре ГСИ родильниц преобладали кишечная палочка – 21,7% и золотистый стафилококк – 18,8% (Рисунок 39).

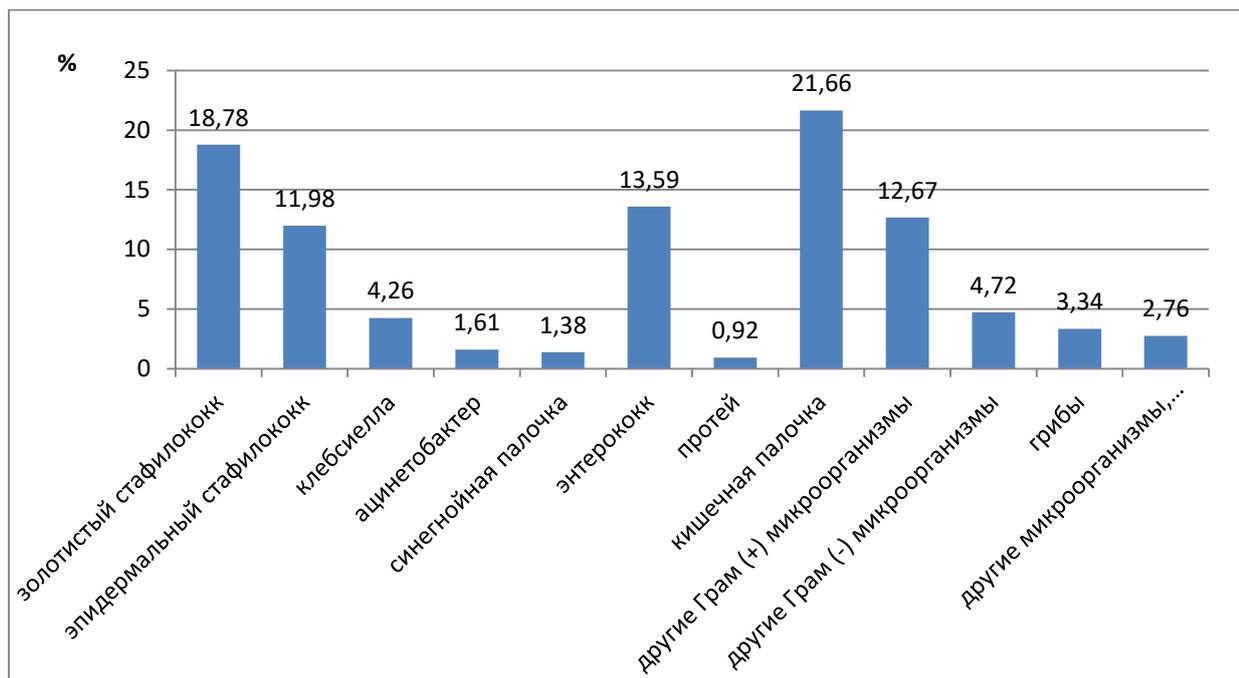


Рисунок 39. Этиологическая структура ИСМП родильниц (по данным РЦ)

Для установления этиологии ГСИ были обследованы 1666 новорожденных, что составило 92% от всех зарегистрированных случаев ИСМП у этой категории пациентов. При этом из 1302 проб биоматериала было выделено 1615 микроорганизмов. В этиологической структуре преобладали золотистый и эпидермальный стафилококки, соответственно 26,1% и 21,6% (Рисунок 40).

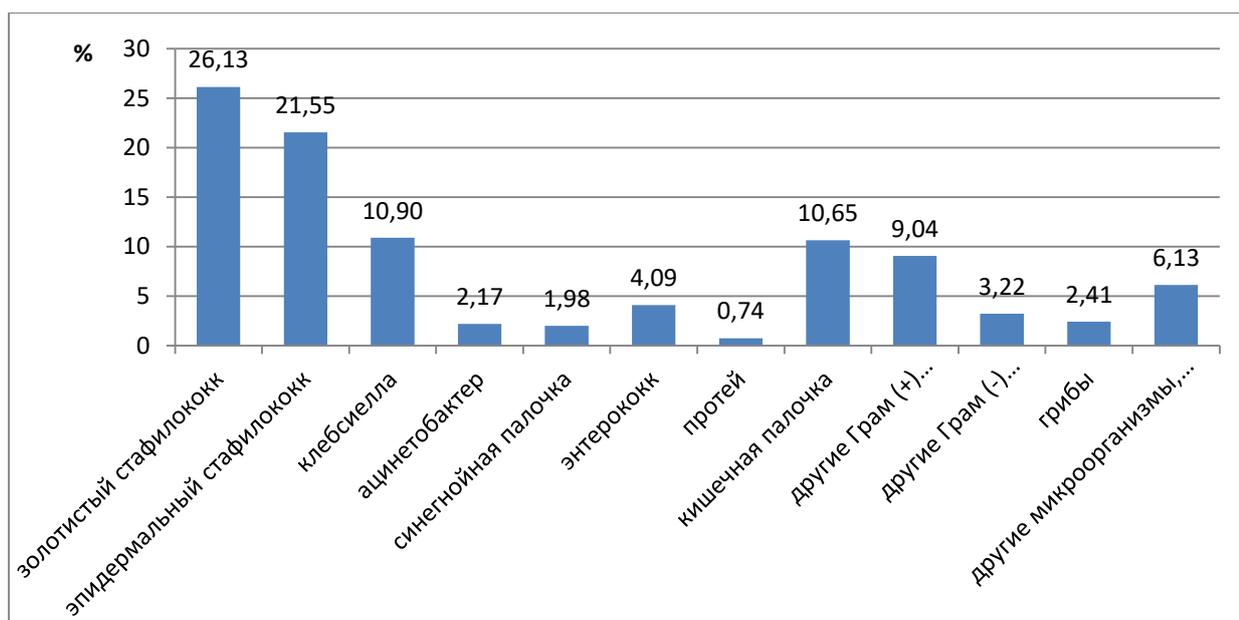


Рисунок 40. Этиологическая структура ИСМП новорожденных (по данным РЦ)

Устойчивость возбудителей ИСМП к антимикробным средствам

С учетом глобальной проблемы распространения антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, проведен анализ устойчивости возбудителей ИСМП к антибиотикам и дезинфицирующим средствам.

Исследования по определению устойчивости возбудителей ИСМП к антибактериальным препаратам были проведены в отношении 90,3 % (16313) от всех выделенных возбудителей. Наибольшую долю среди резистентных микроорганизмов составляли микроорганизмы продуценты бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) – 6,2%, на втором месте были метициллин-резистентные стафилококки – 2,5%, на третьем – микроорганизмы с множественной резистентностью (MDR) – 1,7 % и ванкомицин-резистентные энтерококки 0,4 %.

При инфекциях мочевыводящих путей, по сравнению с другими нозологическими формами ГСИ, доля микроорганизмов резистентных к антимикробным препаратам была наибольшей и составляла 27,5%.

Исследования по определению устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам были проведены в отношении 14% (2515) возбудителей из всех выделенных.

Среди возбудителей постинъекционных инфекций доля резистентных к дезинфицирующим средствам составляла – 1,37%, а при ИОХВ – 1,32%. Среди всех выделенных микроорганизмов наиболее часто формировалась устойчивость к дезинфицирующим средствам на основе ЧАС – 0,3% от всех выделенных микроорганизмов.

Среди возбудителей ИОХВ исследования на устойчивость микроорганизмов к антибиотикам были проведены в 90,2%, к дезинфицирующим средствам в 25,0%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибиотикам составляли продуценты БЛРС – 8,4% (Рисунок 41).

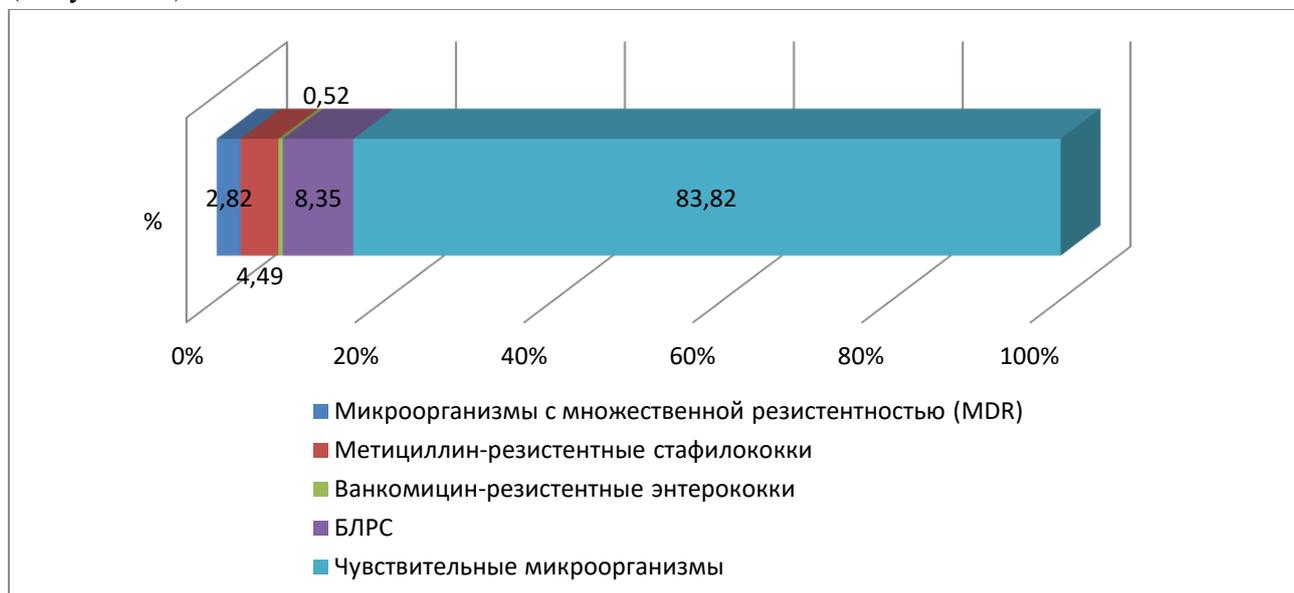


Рисунок 41. Доля возбудителей ИОХВ, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

При ИОХВ суммарная резистентность к дезинфицирующим средствам диагностирована у 1,32% от всех выделенных возбудителей, при этом к дезинфицирующим средствам на

основе ЧАС – 0,77%, к дезинфицирующим средствам других групп – 0,5% и препарата на основе гуанидинов – 0,07%.

Среди возбудителей ИНДП исследование на чувствительность к антибиотикам проведено в отношении 93,9% выделенных возбудителей, к дезинфицирующим средствам – 14,7%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибиотикам составляли продуценты БЛРС – 11,5% (Рисунок 42).

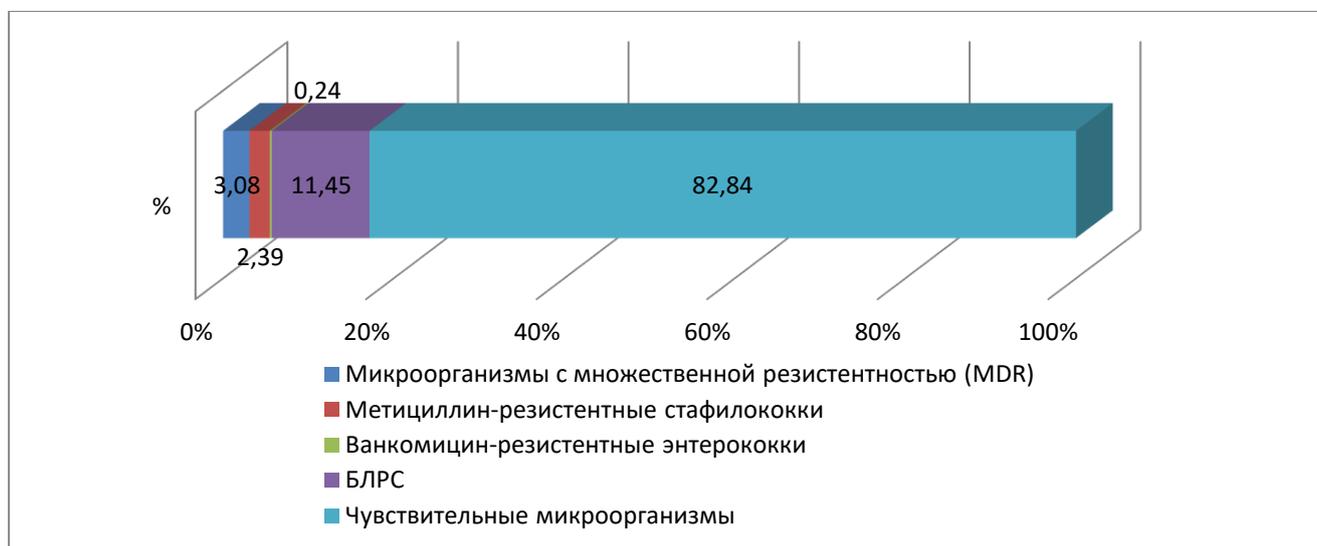


Рисунок 42. Доля возбудителей ИНДП, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

При ИВЛ-ассоциированных ИНДП микроорганизмы продуценты БЛРС выделялись в 18,1% от всех выделенных (Рисунок 43).

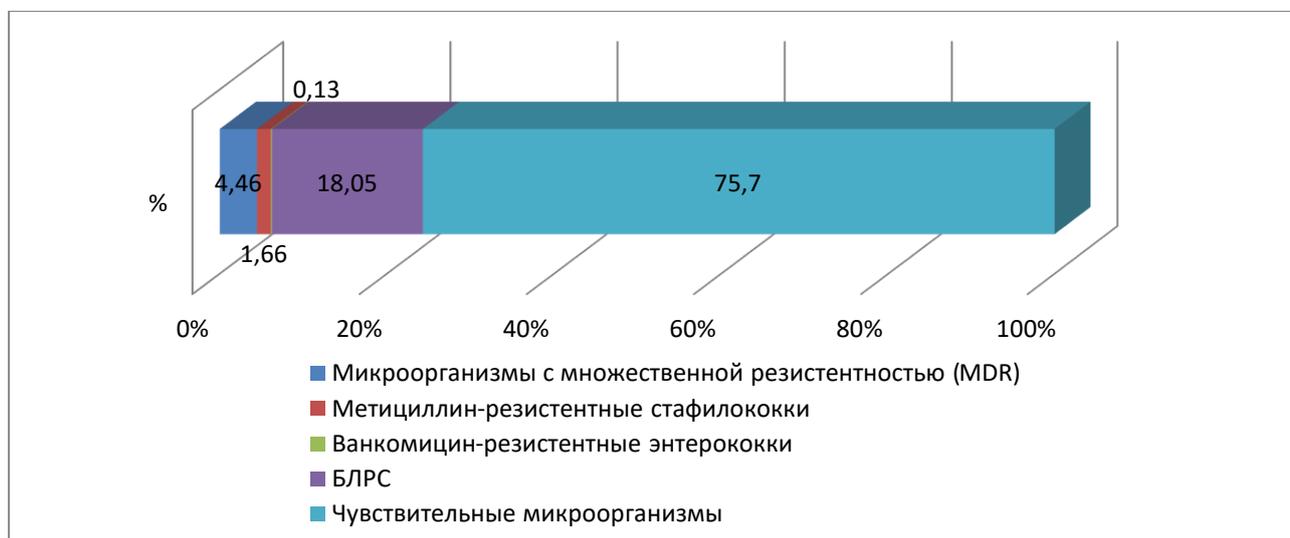


Рисунок 43. Доля возбудителей при ИНДП ассоциированных с ИВЛ, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Резистентность к дезинфицирующим средствам у возбудителей ИНДП была установлена в 0,33%, в том числе к дезинфицирующим средствам на основе гуанидинов – у 0,17%, а на основе ЧАС и дезинфицирующим средствам из других групп – у 0,19%.

Резистентность к дезинфицирующим средствам микроорганизмов, выделенных при ИВЛ-ассоциированных ИНДП, была установлена у 0,38%, в том числе к дезинфицирующим средствам на основе гуанидинов и дезинфицирующим средствам из других групп – у 0,38%, а к дезинфицирующим средствам на основе ЧАС – у 0,13%.

Исследования чувствительности возбудителей инфекций кровотока к антибиотикам проведены у 99,2%, к дезинфицирующим средствам у 6%. Среди всех выделенных возбудителей ИК 9,7% составили резистентные штаммы продуценты БЛРС (Рисунок 44).

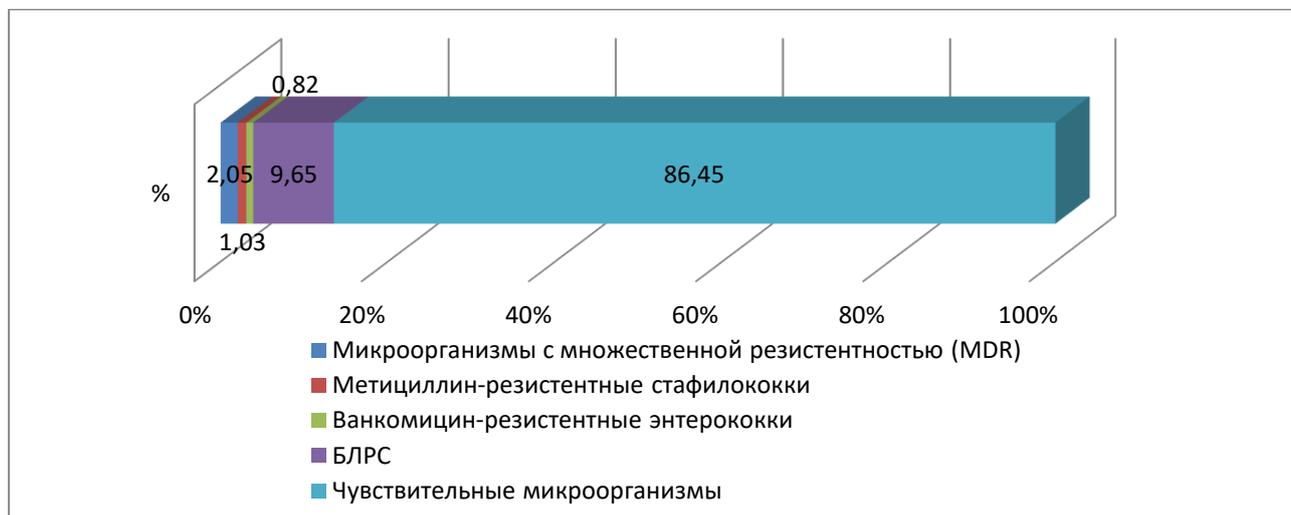


Рисунок 44. Доля возбудителей инфекций кровотока, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Исследования чувствительности возбудителей катетер-ассоциированных инфекций кровотока к антибиотикам проведены в 91,3%, к дезинфицирующим средствам в 10,1%. Среди всех выделенных возбудителей КАИК преобладали микроорганизмы - продуценты БЛРС (7,38 %) (Рисунок 45).

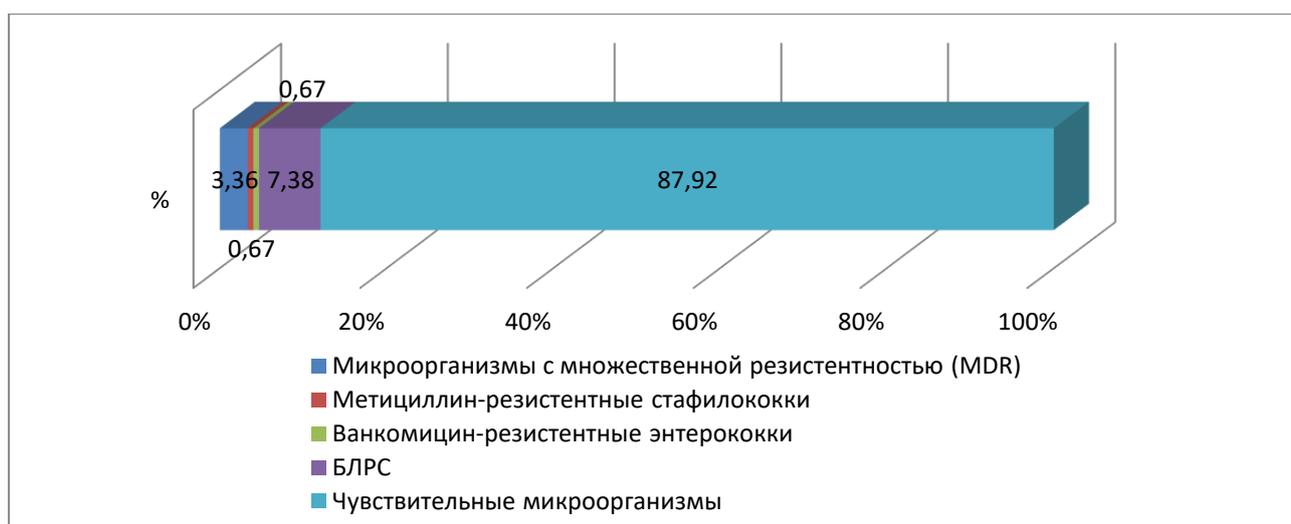


Рисунок 45. Доля возбудителей катетер-ассоциированных инфекций кровотока, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Среди всех выделенных возбудителей ИК, в том числе КАИК, резистентности к дезинфицирующим средствам не выявлено.

Исследование чувствительности возбудителей ИМВП к антибиотикам проведено у 93% микроорганизмов, к дезинфицирующим средствам – у 6%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибиотикам, а именно 23,3% от всех выделенных возбудителей ИМВП, составляли продуценты БЛРС (Рисунок 46).

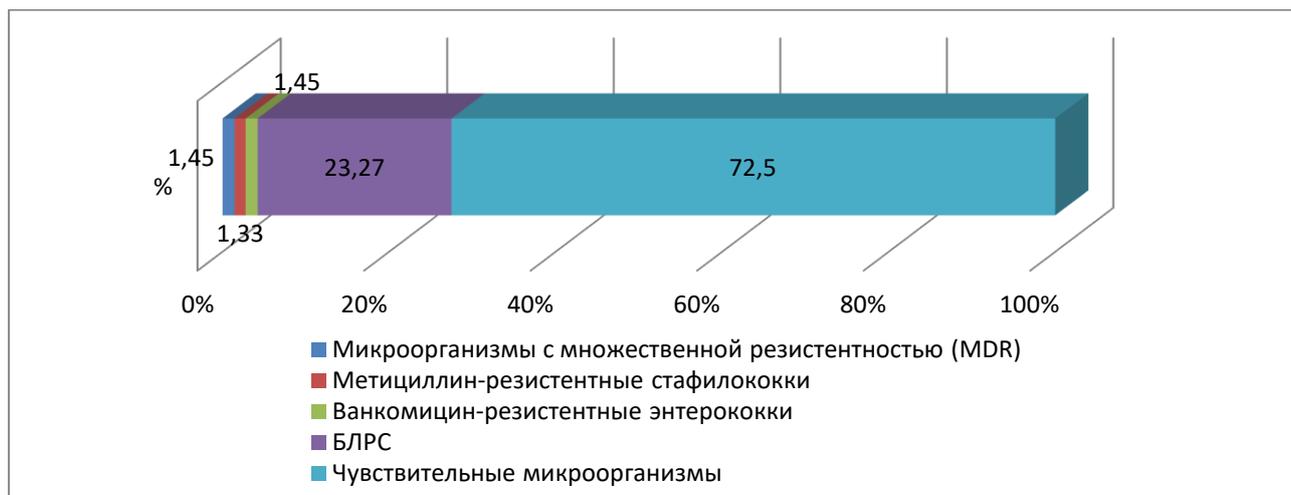


Рисунок 46. Доля возбудителей инфекций мочевыводящих путей, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Проведено исследование чувствительности возбудителей катетер-ассоциированных ИМВП к антибиотикам у 81%, к дезинфицирующим средствам у 6,5%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибиотикам составили продуценты БЛРС– 12,1% от всех выделенных (Рисунок 47).

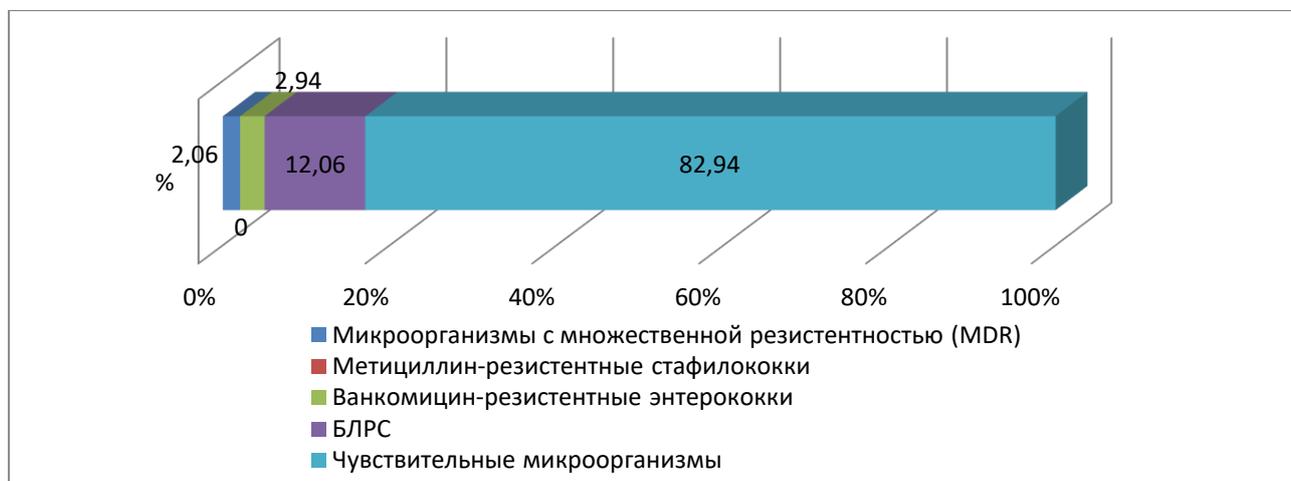


Рисунок 47. Доля возбудителей катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Устойчивости к дезинфицирующим средствам у возбудителей ИМВП и катетер-ассоциированных ИМВП не было установлено.

Исследование чувствительности возбудителей постинъекционных инфекций к антибиотикам проведено у 78,1%, к дезинфицирующим средствам у 12,3% микроорганизмов.

Среди всех выделенных антибиотикорезистентных возбудителей постинъекционных инфекций преобладали продуценты БЛРС – 1,1 % от всех выделенных (Рисунок 48).

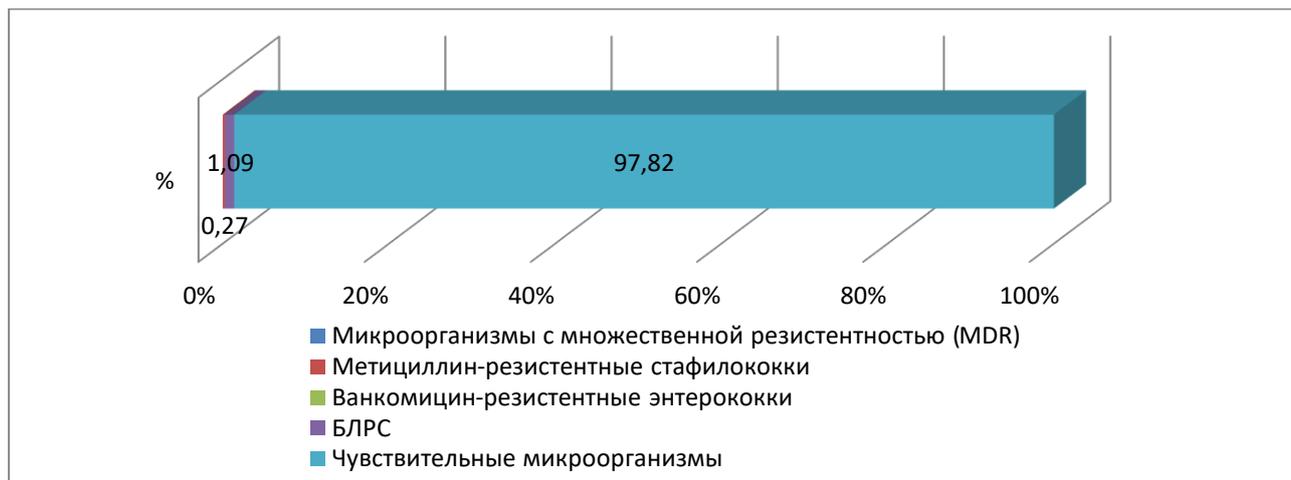


Рисунок 48. Доля возбудителей постинъекционных инфекций, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Резистентность к дезинфицирующим средствам среди выделенных возбудителей постинъекционных инфекций была диагностирована только к дезинфицирующим средствам других групп – 1,4%.

Исследование чувствительности возбудителей ИСМП родильниц к антибактериальным препаратам проведено в 90,4%, к дезинфицирующим средствам в 16,4%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибактериальным препаратам оставляли метициллин-резистентные стафилококки – 2,3% (Рисунок 49).

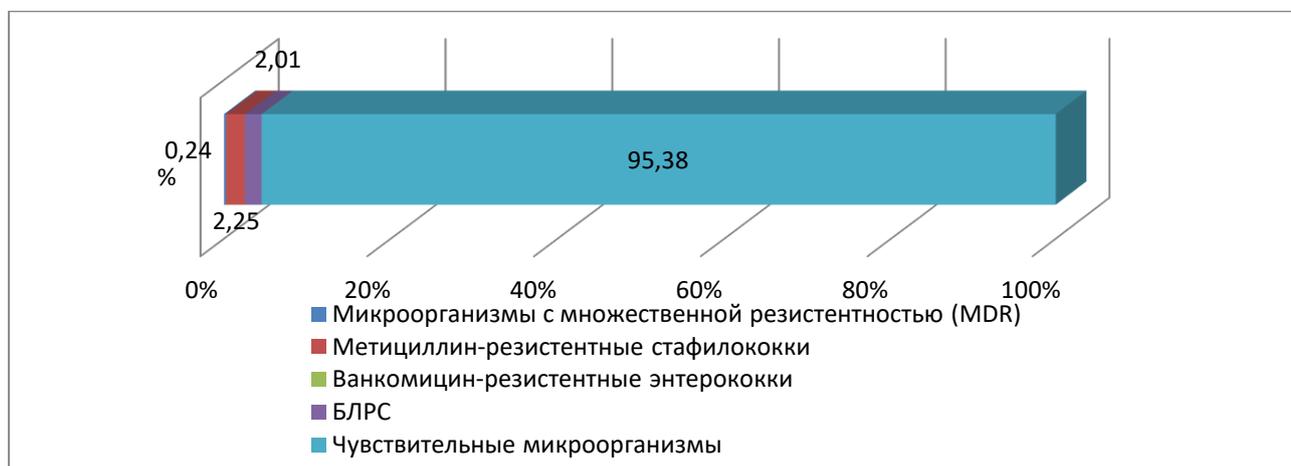


Рисунок 49. Доля возбудителей ИСМП родильниц, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Резистентность к дезинфицирующим средствам была диагностирована среди выделенных возбудителей ИСМП родильниц к препаратам на основе ЧАС – у 0,7% и гуанидинов – у 0,1%.

Исследование чувствительности возбудителей ИСМП новорожденных к антибактериальным препаратам проведено в 92,1%, к дезинфицирующим средствам в 13,3%. Наибольшую долю резистентных микроорганизмов к антибактериальным препаратам составили метициллин-резистентные стафилококки – 5,5% (Рисунок 50). Резистентность к дезинфицирующим средствам была выявлена к дезинфицирующим средствам на основе ЧАС у 0,4% микроорганизмов от всех выделенных.

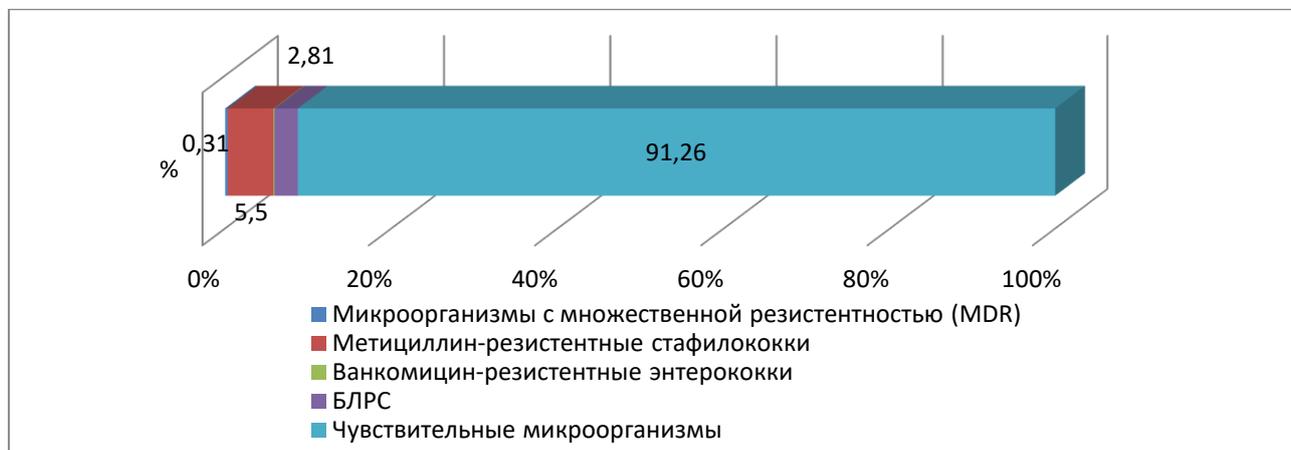


Рисунок 50. Доля возбудителей ИСМП новорожденных, резистентных к антибиотикам (по данным РЦ)

Заболееваемость ИСМП медицинского персонала

В 2018 году зарегистрировано 28 случаев ИСМП у медицинского персонала (0,01 случай на 1000 медицинских сотрудников). Наибольшее число случаев было в Челябинской области (7 случаев). Помимо этого случаи ИСМП медицинского персонала были зарегистрированы в таких субъектах как: города Москва (6 случаев) и Санкт-Петербург (4 случая), Пензенской области и Приморском крае (по 5 случаев), у Воронежской области (1 случай).

Наибольшее количество случаев ИСМП у медицинских сотрудников – это были корь (7 случаев) и туберкулез (6 случаев). В Челябинской области сотрудники инфицировались в очагах ветряной оспы (2 случая), норовирусной инфекции (3 случая). В г. Москва среди сотрудников были зарегистрированы 6 случаев кори, в Приморском крае - 5 случаев туберкулеза, в г. Санкт-Петербург в качестве единичных заболеваний были 1 случай туберкулеза, 2 случая острой кишечной инфекцией и 1 случай кори; в Воронежской области – 1 случай ветряной оспы. По Пензенской области информации о заболеваемости медицинских сотрудников не было представлено.

Выводы

1. По данным официальной статистики (форма № 2) в медицинских организациях Российской Федерации в течение последних 10 лет ежегодно в среднем регистрировали до 26 тыс.

случаев ИСМП. В 2018г. по сравнению с предыдущим 2017г., отмечено увеличение количества зарегистрированных случаев ИСМП на 17,9% (в 2017г. – 22 963, в 2018г. – 27 071 случай), что может, свидетельствовать о повышении внимания к данной проблеме и некотором улучшении регистрации случаев ИСМП в медицинских организациях.

2. Новые формы учёта заболеваемости ИСМП, разработанные РЦ по нозологиям, не предусмотренным в форме № 2 Федерального статистического наблюдения, позволили впервые провести углублённый эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП, однако сведения о заболеваемости ИСМП по данным формам за 2018г. в РЦ были представлены только 52 субъектами РФ из 85 (61%), что свидетельствует о необходимости совершенствования взаимодействия РЦ с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей.

3. По данным РЦ в 2018г. более высокие показатели заболеваемости ИСМП в ряде регионов вероятно в большей мере свидетельствовали о начале активной совместной работы специалистов органов и учреждений Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главных внештатных специалистов эпидемиологов субъектов РФ, а также сотрудников кафедр эпидемиологии медицинских университетов, занимающиеся проблемой ИСМП.

4. Результаты этиологической расшифровки случаев, а также резистентности ИСМП к антибиотикам и дезинфицирующим средствам являются ориентировочными. Необходимо дальнейшее изучение этиологии ИСМП и чувствительности возбудителей их вызывающих в рамках реализации программ по совершенствованию системы эпидемиологического надзора за ИСМП.

5. По результатам проведенного аналитического исследования были внесены для рассмотрения предложения по совершенствованию формы № 2 Федерального статистического наблюдения в части учёта случаев ИСМП и приведение их в соответствие с современной международной классификацией.

Список литературы

1. WHO. Report on the burden of endemic health care associated infection Worldwide. A systematic review of the literature. Geneva: – World Health Organization. 2011. 40p.

2. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Ежегодный эпидемиологический отчет за 2014 год - устойчивость к противомикробным препаратам и инфекции, связанные со здравоохранением.

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-annual-epidemiological-report.pdf>.

3. Найговзина Н.Б., Попова А.Ю., Бирюкова Е.Е., Ежлова Е.Б., Иголина Е.П., Покровский В.И., Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Шестопапов Н.В. и др. / Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации// Журнал Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018; 1:17-26.

4. Попова А.Ю., А.Ю. Ежлова Е.Б., Иголина Е.И. Надзор за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства при оказании медицинской помощи в целях обеспечения ее качества и безопасности. Вестник Росздравнадзора. 2016; 1:74-80.

5. Акимкин В. Г. Перспективные направления научных исследований в области неспецифической профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Дезинфекционное дело. 2014; 89(3):5-10
6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2018 году»: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучию человека. 2019. 254 с.
https://rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/798/gosudarstvennyy-doklad-o-sostoyanii-sanitarno_epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-v-rossiyskoy-federatsii-v-2018-godu.pdf.
7. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 28 января 2014 г. № 52 «Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками».
<https://fedstat.ru/tools/storage/file?id=731>.
8. Смирнова С.С., Голубкова А.А., Алимов А.В., Акимкин В.Г. Внутриутробные инфекции новорождённых как маркер эпидемиологического благополучия в учреждениях родовспоможения. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2019; 5(18):50.
9. Ткаченко А.К., Романова О.Н., Марочкина Е.М. К понятию «внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция». Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2017; 1(57):103-109.
10. Иванова М.В., Миндлина А.Я., Серебряй А.Б. О необходимости изменения подходов к регистрации инфекций новорождённых, связанных с оказанием медицинской помощи, и внутриутробные инфекций. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2019; 18(2): 104-112.
11. Jimé-nez-Guerra G., Heras-Cañas V., Gutiérrez-Soto M. et al. Urinary tract infection by *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa*: evolution of antimicrobial resistance and therapeutic alternatives. J Med Microbiol. 2018; 67(6):790-797.