МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО БЮДЖЕТНОГО

«ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гигиены

 зав. курсом: к.б.н. Хилков Т.Н.

ДОКЛАД

на тему: «Особенности профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) ЛПО»

Выполнила:

студентка 72304 группы

Кирсанова Наталья Алексеевна

Научный руководитель:

к.б.н., доцент Хилков Тимур Николаевич

Петрозаводск, 2021 г.

Глава 1. Определение понятия внутрибольничные инфекции. Этиология. Классификация внутрибольничных профессий.

 Внутрибольничные инфекции или нозокомиальные - это инфекционные болезни, связанные с пребыванием, лечением, обследованием и обращением за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение. Присоединяясь к основному заболеванию, внутрибольничная инфекция ухудшает течение и прогноз болезни.

 Проблемы внутрибольничные инфекции приобрели большую актуальность в связи с появлением так называемых госпитальных (как правило, полирезистентных к антибиотикам и химиопрепаратам) штаммов стафилококков, сальмонелл, синегнойной палочки и других возбудителей. Они легко распространяются среди детей и ослабленных, особенно пожилых, больных со сниженной иммунологической реактивностью, которые представляют собой так называемую группу риска. Внутрибольничные инфекции могут возникнуть как во время пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, так и после выписки из него. Они разнообразны по своим клиническим проявлениям и могут протекать в виде локализованных форм, генерализованных септических процессов, а также бессимптомного носительства возбудителей. К ним относятся и заболевания медработников, возникшие в связи с лечением и уходом за инфекционными больными. Наиболее распространены следующие нозологические формы внутрибольничных инфекций, подлежащих регистрации: генерализованные формы (сепсис, менингит, остеомиелит), болезни кожи и подкожной клетчатки (пиодермия, абсцесс, флегмона и др.), омфалит, конъюнктивит, отит, мастит, эндометрит, уретрит, цистит, пиелонефрит, пневмония, острые кишечные инфекции, вызванные установленным и неустановленным возбудителем (гастроэнтерит, энтерит, колит и др.), раневая послеоперационная инфекция, постинъекционные осложнения, другие инфекционные болезни (краснуха, корь, вирусные гепатиты и др.). Пневмония регистрируется в родовспомогательных учреждениях, отделениях новорожденных (недоношенных) детских стационаров и реанимационных больниц. Этиологическая структура внутрибольничных инфекций меняется. На смену стрептококкам пришли стафилококки (до 60%) и большая группа грамотрицательных микроорганизмов (кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиелла и др.). В отделениях интенсивной терапии наиболее частыми возбудителями внутрибольничных инфекций являются стафилококки, синегнойная палочка, кишечная палочка, энтерококк. В этиологии септицемии главную роль играют грамотрицательные бактерии. При внутрибольничных пневмониях все большую этиологическую роль приобретают легионеллы, а также Acinetobacter, Achromatobacter и др. — последние преимущественно у лиц с иммунодефицитными состояниями. Большое значение в этиологии имеют также протей, клебсиеллы, энтеробактер, энтерококки, серрации, клостридии, кандида и др., а также вирусы — гриппа, аденовирусы, ротавирусы, энтеровирусы, возбудители гепатитов и др. Среди внутрибольничных инфекций наибольшее значение имеют гнойно-воспалительные заболевания. Источниками внутрибольничных инфекций являются больные, особенно страдающие хронической и стертой формами инфекций, а также бессимптомные носители возбудителей из числа лиц, находящихся на лечении в лечебно-профилактических учреждениях, посетителей этих учреждений, медперсонала, а также матерей в акушерских стационарах и отделениях для детей младшего возраста. Основными предпосылками для возникновения являются несоблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в лечебно-профилактическом учреждении. Внутрибольничному распространению инфекции способствуют наличие невыявленных источников инфекции среди персонала и пациентов, нарушение персоналом правил асептики, антисептики, личной гигиены, текущей и заключительной дезинфекции, режима уборки, нарушение режима стерилизации и дезинфекции медицинских инструментов, аппаратов, приборов. В условиях инфекционных больниц внутрибольничное заражение возможно в приемном отделении при одновременном приеме больных воздушно-капельными и кишечными инфекциями. В детских лечебно-профилактических учреждениях инфекции встречаются чаще, чем в больницах для взрослых. Наибольшее значение имеют вирусные болезни с воздушно-капельным механизмом передачи и кишечные инфекции. В родильных домах возможно появление острых респираторных, кишечных инфекций, стафилококковых заболеваний. Наиболее опасными источниками возбудителей инфекции в отделениях для новорожденных являются носители патогенных кишечных бактерий и стафилококков среди рожениц и персонала. К внутрибольничным инфекциям относят и гнойно-воспалительные заболевания, связанные с инъекциями, оперативными вмешательствами, диагностическими и другими медицинскими манипуляциями, которые были проведены с нарушением правил асептики и антисептики. В основе профилактики внутрибольничных инфекций лежит пунктуальное выполнение комплекса диагностических, санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, регламентированных для лечебно-профилактических учреждений. В частности, предусматриваются наличие фильтра и отдельный прием лихорадящих детей в детских поликлиниках (и взрослых во время эпидемии гриппа); обследование персонала на носительство возбудителей и, в случае выявления такового, отстранения от работы до выздоровления; санирование больных стертыми формами инфекций и бессимптомных носителей возбудителей: проведение текущей и заключительной дезинфекции (в т.ч. в кабинете инфекционных заболеваний, операционном блоке, перевязочных, центральном стерилизационном отделении, физиотерапевтическом отделении и др.) с использованием дезинфицирующих средств, бактерицидных ламп и др.; соблюдение методов асептики и антисептики, максимальное использование одноразовых инструментов и систем; тщательная обработка рук персонала, правильная организация операций и перевязок. Больной с неясной инфекционной болезнью или возможным сочетанием инфекций должен находиться в боксе или в отдельной палате при приемном отделении до уточнения диагноза. За лицами, общавшимися с больными, страдающими В. и., устанавливают клиническое наблюдение, проводят лабораторные исследования, необходимые при предполагаемом виде инфекции. Госпитализация больных в отделение, где выявлена внутрибольничная инфекция, полностью прекращается на срок максимального инкубационного периода. Прием новых больных разрешается после заключительной дезинфекции. Самыми эффективными лечебными препаратами при внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваниях являются Цефалоспорины. Возможно сочетание их с аминогликозидами (Аминогликозиды). Если возбудитель внутрибольничной инфекции не выделен, но имеется подозрение на наличие грамотрицательной флоры, эмпирически можно применить аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, амикацин). В России для лечения и профилактики внутрибольничных инфекций используют также иммунные стафилококковые препараты: анатоксин, вакцину, антифагин, иммунную плазму, иммуноглобулин. При вирусных инфекциях показан интерферон.

Классифицируют внутрибольничные инфекции следуя ряду признаков: фактор и путь передачи, характер и длительность течения, степень тяжести, сетепень распространения инфекции.

В зависимости от путей и факторов передачи ВБИ классифицируют:

1. Воздушно-капельные (аэрозольные)
2. Вводно-алиментарные;
3. Контактно-бытовые;
4. Контактно-инструментальные;
5. [Постинъекционные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%8A%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F);
6. Постоперационные;
7. Послеродовые;
8. [Посттрансфузионные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D1%83%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F);
9. [Постэндоскопические](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F);
10. [Посттрансплантационные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F);
11. [Постдиализные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7);
12. [Постгемосорбционные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B1%D1%86%D0%B8%D1%8F);
13. [Посттравматические](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0) инфекции.

От характера и длительности течения:

1. Острые
2. подострые
3. хронические

По степени тяжести:

1. тяжелые
2. средне-тяжелые
3. Легкие формы клинического течения

В зависимости от степени распространения инфекции:

1. Генерализованные инфекции: [бактериемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) (виремия, микемия), [септицемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F), [септикопиемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F), токсико-септическая инфекция ([бактериальный шок](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%88%D0%BE%D0%BA&action=edit&redlink=1) и др.)
2. Локализованные инфекции
3. Инфекции кожи и подкожной клетчатки (ожоговых, операционных, травматический ран, Постинъекционные [абсцессы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B1%D1%81%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81), [омфалит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BC%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82),[рожа](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B5_%D0%B2%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), [пиодермия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B8%D1%8F), абсцесс и флегмона подкожной клетчатки, [парапроктит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%82), [мастит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82), дерматомикозы и др.);
4. Респираторные инфекции ([бронхит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82), [пневмония](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F), легочный абсцесс и гангрена, [плеврит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%82), [эмпиема](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B0) и др.);
5. Инфекции глаза ([конъюнктивит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%82), [кератит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), [блефарит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%B5%D1%84%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82) и др.);
6. ЛОР-инфекции ([отиты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%B8%D1%82), [синуситы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%B8%D1%82), [ринит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82), [мастоидит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%82), [ангина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82), [ларингит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82), [фарингит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82), [эпиглоттит](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D1%82%D1%82%D0%B8%D1%82&action=edit&redlink=1) и др.);
7. Стоматологические инфекции ([стоматит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), абсцесс, др.);
8. Инфекции пищеварительной системы ([гастроэнтероколит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%8D%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82), [энтерит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82), [колит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82), [холецистит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%86%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82), [гепатиты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), [перитонит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82), абсцессы брюшины и др.);
9. Урологические инфекции ([бактериурия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), [пиелонефрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D1%84%D1%80%D0%B8%D1%82), [цистит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82), [уретрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%80%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82), др.);
10. Инфекции половой системы ([сальпингоофорит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%BE%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82), [эндометрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82), др.);
11. Инфекции костей и суставов ([остеомиелит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D1%82), инфекция сустава или суставной сумки, инфекция межпозвоночных дисков);
12. Инфекции ЦНС ([менингит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82), абсцесс мозга, [вентрикулит](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%82&action=edit&redlink=1) и др.);
13. Инфекции сердечно-сосудистой системы (инфекции артерий и вен, [эндокардит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%82), [миокардит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%82), [перикардит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%82), постоперационный [медиастинит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82)).

Глава 2. Особенности работы в акушерских отделениях ЛПО. Профилактика и значимость правильной гигиены труда при родах.

 Следует помнить, что существуют методические рекомендации "Основные мероприятия по расследованию и ликвидации инфекционных заболеваний в акушерских стационарах" (утв. Минздравом РСФСР 06.04.1984). В которых изложены основные аспекты профилактики, значимости и предупреждения внутрибольничных инфекций при акушерских стационарах. В которых отмечается следующее: к важнейшим клиническим формам гнойно-септических заболеваний, наблюдаемым в родильных домах у родильниц и новорожденных, относятся: пиодермии, послеродовые маститы, эндометриты, послеоперационные нагноительные процессы (после кесарева сечения, перинеотомии и т.д.), послеродовой сепсис, воспалительные реакции при мелких травмах (потертости, ссадины и т.д.) кожи новорожденных, везикулопустулез, пемфигус новорожденных, конъюнктивиты, назофарингиты, отиты, омфалиты, фурункулы, абсцессы, панариций, лимфаденит, импетиго, инфильтраты, флегмоны, пневмонии, пиелиты, энтериты, энтероколиты, сепсис.

Внутрибольничные инфекции в акушерских стационарах чаще всего вызываются золотистым стафилококком в монокультуре и ассоциациях с другими микробами. В последние годы значительно возросла этиологическая роль грамотрицательной флоры (клебсиелла, протей, кишечная палочка, синегнойная палочка, сальмонелла), а также возбудителей острых вирусных респираторных инфекций, при которых одним из клинических симптомов может быть диарея.

Причинами групповых заболеваний новорожденных являются: несвоевременная, неправильная диагностика гнойно-септических инфекций и поздняя изоляция заболевших, нарушения санитарно-противоэпидемического режима, правил асептики и антисептики, приготовления и использования питьевых растворов и грудного молока.

При возникновении в родильном доме или отделении группового заболевания гнойно-септическими, острыми кишечными и вирусными респираторными инфекциями с учетом конкретной обстановки составляется план мероприятий по ликвидации вспышки с определением их объема и последовательности выполнения, который утверждается городской (районной) ЧПК. Для руководства работой по ликвидации вспышки создается комиссия в составе зам. министра здравоохранения АССР, заведующего обл(край)здравотделом, главного педиатра, главного акушера-гинеколога, специалистов санитарно-эпидемиологической службы.

Согласно Приказу Минздрава РСФСР от 22.02.79 N 104-ДСП "О внеочередных донесениях, представляемых Министерству здравоохранения РСФСР" при одновременном возникновении в акушерском стационаре 3-х и более случаев указанных инфекционных заболеваний в Минздрав РСФСР незамедлительно представляется внеочередное донесение, информация направляется также в республиканскую санэпидстанцию.

1. В родовспомогательные учреждения прекращается прием беременных и рожениц; экстренно развертывается резервный прием беременных и рожениц; экстренно развертывается резервное помещение, родильницы и новорожденные выписываются на участок в возможно кратчайшие сроки с установлением ежедневного медицинского наблюдения в течение 7 дней после выписки; определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной и интенсивной помощи.

2. Проводится клиническое обследование всех новорожденных, уточняются количество заболевших и умерших детей, клинические диагнозы, составляется список больных и умерших во время вспышки инфекционных заболеваний в акушерском стационаре с обязательным указанием даты родов, выписки или перевода из акушерского стационара, даты возникновения и регистрации инфекционного заболевания и т.д. Осуществляется одномоментное бактериологическое обследование рожениц, родильниц, новорожденных и персонала с обязательным забором материала для исследования на стафилококк, эшерихии, сальмонеллы и условно-патогенную флору (клебсиеллы, протей, перфрингенс, цитробактер и др.).

Одновременно осуществляется клиническое и бактериологическое обследование новорожденных, выписанных на участок, в течение одной-двух недель до регистрации первых. случаев заболеваний в родовспомогательном учреждении. Составляются поименные списки контактных. Выявленные больные немедленно госпитализируются в выделенный для этих целей стационар.

3. Проводится ретроспективный анализ историй родов и историй развития новорожденных за один-два месяца, предшествовавшие возникновению вспышки (при необходимости эти сроки могут быть увеличены), журналов отделения (палат) новорожденных, журналов записи оперативных вмешательств в стационаре, протоколов патолого-анатомических исследований, результатов прижизненных и посмертных исследований умерших за последние три месяца, данных ЗАГСа об умерших новорожденных. Составляются пофамильные списки заболевших за указанный период новорожденных и родильниц, отмечаются сроки перевода из физиологического отделения в обсервационное или другие стационары, устанавливаются по номерам палат все перемещения больных, а также задержанных по разным причинам новорожденных. По листкам нетрудоспособности, табелям учета рабочего времени устанавливаются сроки заболевания среди персонала в период, предшествующий возникновению вспышки.

При этом необходимо установить:

- истинную заболеваемость и смертность новорожденных;

- динамику и характер развития группового инфекционного заболевания новорожденных;

- уровень и динамику заболеваемости женщин в акушерском стационаре;

- уровень и динамику заболеваемости медицинского персонала;

- предполагаемый источник инфекции.

3. Осуществляется детальное комплексное обследование родильного дома (отделения), при этом особое внимание обращается на санитарно-техническое его состояние, водоснабжение и канализацию, наличие необходимого набора помещений и соответствие их требованиям СНиПа, оборудование и оснащение, соблюдение поточности в обслуживании беременных женщин, обеспеченность дезинфекционным стерилизационным оборудованием, организацию питьевого режима и кормление новорожденных, укомплектованность родовспомогательного учреждения кадрами, их профессиональную подготовку и текучесть.

4. Осуществляется забор материала для санитарно-бактериологического исследования (на стафилококк, кишечную палочку, патогенную и условно-патогенную флору): смывы с мебели, оборудования, предметов ухода, инструментария, посуды, сосок, рук персонала; воздух, грудное молоко; питьевые растворы, доставленные из аптеки и после вскрытия пузырьков в отделении; лекарственные формы.

5. Анализируются и обобщаются данные санитарно-эпидемиологического надзора и лабораторного контроля за работой акушерского стационара в течение последнего года до возникновения вспышки (акты обследования, результаты санитарно-бактериологического контроля, предложения, санкции).

6. Проводится обследование аптеки, обслуживающей родильный дом, с обращением особого внимания на соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, порядок приготовления лекарственных средств и питьевых растворов для новорожденных, режим стерилизации, размер фасовки, транспортировку в родильный дом (отделение).

7. Оценивается уровень организации работы детского стационара, предназначенного для госпитализации заболевших новорожденных, качества лечения, полноты и своевременности оказания реанимационной и интенсивной помощи.

Глава 3. Мероприятия по недопущению внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях

По протоколу в приложении к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. N 198н “Протокол мероприятий, проводимых медицинскими работниками, по недопущению внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях”:

При поступлении в приемное отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (далее - стационаре) пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, данными эпидемиологического анамнеза (заболевание возникло в течение 14 дней после прибытия из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19) (далее - пациент) медицинские работники проводят первичные противоэпидемические мероприятия, а именно:

1. Медицинский работник, не выходя из помещения, в котором выявлен пациент, с использованием имеющихся средств связи извещает руководителя медицинской организации о выявленном пациенте и его состоянии для решения вопроса о его изоляции по месту его выявления (бокс приемного отделения) до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар.

2. Медицинский работник должен использовать средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующими средствами.

(п. 2 в ред. [Приказа](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=348747&dst=100229&field=134&date=09.10.2021) Минздрава России от 27.03.2020 N 246н)

3. Медицинские работники, выявившие пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, должны осуществлять наблюдение пациента до приезда и передачи его специализированной выездной бригаде скорой медицинской помощи.

4. После медицинской эвакуации пациента медицинский работник, выявивший пациента, снимает средства индивидуальной защиты, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и руки, полностью переодевается в запасной комплект одежды. Открытые части тела обрабатываются кожным антисептиком. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты.

5. Руководитель медицинской организации, в которой был выявлен пациент, обеспечивает сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у данного пациента и направляет его для проведения соответствующего лабораторного исследования.

(п. 5 в ред. [Приказ](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=348747&dst=100231&field=134&date=09.10.2021)а Минздрава России от 27.03.2020 N 246н)

6. В целях обеззараживания воздуха в приемном отделении проводится дезинфекция дезинфицирующими средствами, применяются бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения. Количество необходимых облучателей рассчитывается в соответствии с инструкцией их применения на кубатуру площади, на которой они будут установлены.

7. В случае подтверждения диагноза новой коронавирусной инфекции COVID-19 в стационаре необходимо выявить лиц, имевших контакт с пациентом, среди:

находившихся в данном учреждении;

переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие медицинские организации, и выписанных;

медицинских и иных работников (гардероб, регистратура, диагностические, смотровые кабинеты);

посетителей медицинской организации, а также посетителей покинувших медицинскую организацию к моменту выявления пациента;

лиц по месту жительства пациента, работы, учебы.

За лицами, контактными с пациентом, устанавливает медицинское наблюдение.

8. Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами и относятся к отходам класса B.

Глава 4. Профилактика внутрибольничных инфекций на базе акушерского стационара.

## Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

1.1 В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.2 Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении является руководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).

1.3 Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе.

1.4 С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения.

1.5 В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6 Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

1.7 При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Организация противоэпидемического режима

2.1 В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2 Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1 Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

2.2.2 Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).

2.3 Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.4 Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, осуществляющими Государственный санитарный надзор.

2.5 В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.6 После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.7 Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3 - 4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины.

2.8 После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.9 Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.10 Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.11 Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.12 Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.13 Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в приложении 14

2.14 Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.15 Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен: соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов); соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами; свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах; убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией; выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение; при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику. Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.