

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

ОТ 26 НОЯБРЯ 1997 ГОДА N 345

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

(с изменениями на 5 мая 2000 года)

Документ с изменениями, внесенными:

приказом Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338;

приказом Минздрава России от 5 мая 2000 года N 149.

В целях внедрения современных медицинских технологий в области акушерства и неонатологии, дальнейшего совершенствования профилактики внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц на основе оптимизации эпидемиологического надзора и целенаправленного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также реализации [федеральной целевой программы "Безопасное материнство"](#), утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 14.10.94 N 1173 "О [федеральной целевой программе "Безопасное материнство" на 1995-1997 годы](#)"

приказываю:

1. Ввести в действие с 01.01.98:

1.1. "Инструкцию по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах" ([приложение 1](#)).

1.2. "Инструкцию по организации и проведению эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах" ([приложение 2](#)).

1.3. "Инструкцию по переводу заболевших новорожденных и недоношенных детей из акушерского стационара в соответствующие отделения детских больниц" ([приложение 3](#)).

1.4. "Инструкцию по приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение акушерского стационара" ([приложение 4](#)).

1.5. "Инструкцию по отбору и порядку госпитализации беременных в отделение (палату) дневного пребывания акушерского стационара" ([приложение 5](#)).

1.6. "Инструкцию по расследованию и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц в акушерских стационарах" ([приложение 6](#)).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. В трехмесячный срок осуществить подготовительные мероприятия по переходу на новые правила и требования соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в акушерских стационарах.

2.2. Принять меры по бесперебойному снабжению акушерских стационаров высокоэффективными и малотоксичными дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами, дезинфекционной и стерилизационной аппаратурой.

2.3. Обеспечить учет и регистрацию внутрибольничных инфекций среди новорожденных и родильниц в соответствии с перечнем нозологических форм, перечисленных в [приложении 2](#).

2.4. Организовать и провести в течение 1998 года семинары по вопросам эпидемиологического надзора и профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах. Обеспечить систематическую подготовку медицинских кадров по этим вопросам.

3. Главным врачам центров госсанэпиднадзора в Российской Федерации:

3.1. Обеспечить действенный контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в акушерских стационарах.

3.2. Осуществлять методическое руководство за работой госпитальных эпидемиологов по вопросам организации эпидемиологического надзора и профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах.

4. Разрешить органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по согласованию с территориальными центрами госсанэпиднадзора России совместными регламентирующими документами устанавливать дополнения, не ограничивающие утвержденные нормы и обеспечивающие внедрение современных перинатальных и гигиенических технологий с учетом местных условий.

5. Департаменту Госсанэпиднадзора и Отделу медицинской статистики и информатики рассмотреть вопрос о внесении изменений в действующую отчетную форму N 2 государственной отчетности "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" раздел 3 "Внутрибольничные инфекции" в

соответствии о перечне нозологических форм, изложенных в [приложение 2](#) приказа, в срок до 01.01.98.

6. Управлению охраны здоровья матери и ребенка при подготовке стандартов и протоколов медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным учесть новые требования по противоэпидемическому режиму и перинатальным технологиям в акушерских стационарах.

7. Считать не действующими на территории Российской Федерации:

7.1. Приказ Минздрава СССР от 23.12.89 N 691 "О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах".

7.2. Приложение 9 "Расследование и ликвидация групповых инфекционных заболеваний новорожденных детей в родильных домах (отделениях)" к приказу Минздрава СССР от 09.01.86 N 55 "Об организации работы родильных домов (отделений)".

8. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Стуколову Т.И.

Министр здравоохранения
Российской Федерации
Т.Б.Дмитриева

Приложение 1

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
26 ноября 1997 года N 345

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ
В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ**

(с изменениями на 5 мая 2000 года)

Внутрибольничная инфекция - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, а также

заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских стационарах остается актуальной для здравоохранения страны в связи с высоким уровнем заболеваемости, отсутствием тенденции к снижению, большим ущербом, причиняемым здоровью новорожденных и родильниц, и огромной социально-экономической значимостью.

По данным отраслевой отчетности Минздрава России (ф. № 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях", раздел 3 "Внутрибольничные инфекции") частота ВБИ новорожденных в акушерских стационарах составляет 1,0-1,3%, в то время как по выборочным исследованиям (НИИ эпидемиологии и микробиологии им.Н.Ф.Гамалеи РАМН) она равняется 5-10 процентам.

Высокие уровни заболеваемости ВБИ обусловлены комплексом факторов: формированием госпитальных штаммов возбудителей ВБИ, увеличением контингентов риска среди новорожденных и родильниц, снижением неспецифических защитных сил организма у населения, слабой материально-технической базой многих стационаров и др.

Распространению ВБИ способствует разнообразие возбудителей (более 300 видов), формирование госпитальных штаммов, обладающих высокой устойчивостью к неблагоприятным факторам окружающей среды, в том числе к ультрафиолетовому облучению, высушиванию, многим лекарствам.

Внутрибольничным инфекциям свойственна множественность механизмов передачи, действие как естественных (контактно-бытовой, воздушно-капельный, фекально-оральный), так и искусственных (искусственных) механизмов за счет инвазивных диагностических и лечебных процедур.

В настоящее время следует больше внимания уделять внедрению современных подходов к профилактике ВБИ (централизованные стерилизационные отделения, дезкамеры, использование экологически безопасных средств дезинфекции и изделий медицинского назначения однократного применения, микробиологический мониторинг и др.), что позволяет предупредить заражение как пациентов, так и персонала.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1.1. Ответственность за организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями возлагается на главного врача родильного дома (отделения).

1.2. В родильном доме (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике внутрибольничных инфекций во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, координирующая организацию и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в стационаре.

1.3. В структуре акушерского стационара предусматривается должность врача-эпидемиолога (заместителя главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам), который является заместителем председателя комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций.

1.4. В состав комиссии входят заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, фармацевт. При необходимости приглашаются другие специалисты.

1.5. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6. Заведующие отделениями проводят занятия по изучению данной инструкции с врачами, старшие акушерки (сестры) - со средним и младшим медицинским персоналом с последующей сдачей зачетов два раза в году и фиксацией даты зачетов в санитарной книжке сотрудника.

2. ПОРЯДОК ПРИЕМА НА РАБОТУ

2.1. Медицинские работники, поступающие на работу в родильные дома (отделения), проходят медицинский осмотр врачей терапевта, дерматовенеролога, стоматолога, отоларинголога (в дальнейшем - два раза в год), а также проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - по показаниям и один раз в год);

- исследование крови на сифилис (в дальнейшем - четыре раза в год);

- исследование крови на гепатит В и С (в дальнейшем - один раз в год).
Исследование крови на гепатит В проводится только при отсутствии данных о проведенных прививках против гепатита В;

- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - два раза в год);

- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем - два раза в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии.

(Пункт в редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#))

2.2. Остальной персонал родильного дома (отделения) обследуется при поступлении на работу и в дальнейшем в соответствии с действующими нормативными документами по проведению обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях.

2.3. При выявлении положительных результатов обследований вопрос трудоустройства решается в соответствии с действующим законодательством. Кроме того, к работе не допускаются лица с неактивными изменениями в легких туберкулезного характера.

2.4. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в зависимости от эпидемиологической обстановке в регионе могут расширять перечень обследований.

2.5. Обследование персонала на условно патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям.

2.6. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка при приеме на работу и в процессе профессиональной деятельности в плановом порядке не проводится.

2.7. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, воспалительными или гнойными процессами к работе не допускается.

2.8. Персонал родильных домов (отделений) подлежит обязательным профилактическим прививкам против вирусного гепатита В, а при отсутствии сведений о прививках против дифтерии и туберкулеза прививается в соответствии с календарем соответствующих прививок.

2.9. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в ф. 30-у и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

3.1. Акушерский стационар осуществляет свою деятельность при наличии лицензии на данный вид деятельности.

3.2. Родильный дом (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для косметического ремонта. Поэтажное закрытие стационара допускается в исключительных ситуациях (наличие единственного в территории акушерского стационара и отсутствие условий для развертывания коек в других ЛПУ).

Открытие стационара, закрывавшегося по эпидпоказаниям, допускается только после получения отрицательных результатов лабораторного контроля окружающей среды и разрешения центров госсанэпиднадзора.

В случаях планового закрытия обследование объектов окружающей среды не проводится, разрешение органов ГСЭН на открытие не требуется.

3.3. В родильном зале и операционных медицинский персонал работает в масках. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций (операция заменного переливания крови, катетеризация пупочных сосудов, люмбальная пункция и др.). Предпочтительнее использование стерильных масок разового применения.

Обязательно использование масок во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

3.4. Влажную и генеральную уборку в родильном доме (отделении) проводят в соответствии с таблицей 5 приложения 1.

При невозможности изоляции родильниц и новорожденных для дезинфекции могут быть использованы средства из группы поверхностно-активных веществ (ПАВ): катамин АБ, хлоргексидина глюконат, амфолан и другие ПАВ, разрешенные к применению в установленном порядке (ника-экстра М, велтолен и др.) (абзац дополнительно включен приказом Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338).

3.5. Сроки выписки из родильного дома определяются состоянием здоровья матери и ребенка, социально-бытовыми условиями семьи. Выписка не должна определяться лишь критерием массы тела ребенка.

С эпидемиологических позиций оправдан курс на раннюю выписку (2-4 сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины. Ранняя выписка из родильного дома способствует снижению заболеваемости ВБИ.

3.6. Ранняя выписка (на 2-4 сутки) после самопроизвольных родов женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (аборт, воспалительные заболевания женских половых органов и др.), родов крупным плодом, двойней, многоводии возможна после ультразвукового исследования матки.

Выписка после оперативного родоразрешения, в том числе кесарева сечения, проводится по клиническим показаниям.

3.7. Необходимо осуществлять патронаж ребенка на дому в течение первых суток после выписки из стационара участковым педиатром с последующим патронажем участковой медицинской сестрой.

3.8. Аналогично патронажу новорожденных на дому, врач акушер-гинеколог женской консультации (в зоне обслуживания ФАП акушерка) осуществляет двукратный активный патронаж родильниц на дому (на 2-3 и 7 сутки после выписки), а после оперативного родоразрешения - по показаниям. С этой целью из роддома передается телефонограмма в женскую консультацию, аналогично телефонограмме в детскую поликлинику.

3.9. Разрешается посещение родственниками беременных и родильниц. Порядок посещения устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

3.10. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии условий (индивидуальные родильные залы), отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания (ОРЗ и др.), с разрешения дежурного врача с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде, халате, бахилах, маске (в родзале).

3.11. Для персонала предусматривается отдельный вход, гардероб для верхней одежды, он обеспечивается индивидуальными 2-х секционными

шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевыми. Санитарная одежда меняется ежедневно.

4. ПРАВИЛА СОДЕРЖАНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ

4.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1.1. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки - дезинфицирующих средств (табл.1, 3 и 5 приложения 1). Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают (табл.1 приложения 1).

4.1.2. После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение (см. пункт 2табл.1) с последующим проветриванием помещения.

4.1.3. При уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз - после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз - после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение проветривают.

4.1.4. Использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме (смотри раздел 7 и таблицу 2 приложения 1).

4.1.5. Перед и после каждой манипуляции медицинский персонал тщательно моет руки. При проведении влагалищных исследований используются стерильные перчатки.

4.2. ПРИЕМО-СМОТРОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

4.2.1. При поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра.

Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделение.

Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

4.2.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр и

санитарная обработка, каждой роженице выдается индивидуальный стерильный комплект (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат, мочалка), разрешается пользоваться собственными новыми тапочками и предметами личной гигиены.

4.2.3. После манипуляций, ведущих к загрязнению рук, или осмотра рожениц, поступающих в наблюдательное отделение, руки моют и обеззараживают стерильным тампоном, смоченным одним из следующих дезинфицирующих растворов:

- 0,5% спиртовой (в 70% этиловом спирте) (абзац в редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#))

- 1% раствор йодопирона (по активному йоду)

- 0,5% раствор хлорамина

- другими кожными антисептиками, разрешенными для этих целей.

4.3. РОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

4.3.1. При наличии нескольких предродовых палат соблюдается цикличность их заполнения. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер.

4.3.2. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживаются дезинфицирующим раствором ([таблица 1 приложения 1](#)).

4.3.3. Перед переводом в родильный зал роженицу переодевают в стерильное белье (рубашка, косынка, бахилы).

4.3.4. В родильном зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают дезраствором. При загрязнении кровью и другими биологическими жидкостями обеззараживание проводят по режимам, утвержденным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

4.3.5. При наличии двух родильных залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них в течение суток ([таблица 5 приложения 1](#)).

4.3.6. В боксированном родильном блоке каждые роды проводят в отдельном боксе. Прием родов проводится во всех боксах поочередно. После родов в боксе проводится уборка по типу заключительной дезинфекции.

4.3.7. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

4.3.8. При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.

4.3.9. Новорожденного принимают в обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пеленкой лоток.

Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект.

При использовании металлических скобок Роговина их следует включать в стерильный индивидуальный набор для обработки пуповины.

4.3.10. Первичная обработка кожных покровов новорожденного осуществляется стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона разового пользования.

4.3.11. Для снижения риска инфицирования пупочной раны и с целью профилактики гнойных заболеваний пупка и развития пупочного сепсиса возможно использование пленкообразующих препаратов, разрешенных для этих целей, с предварительной обработкой пупочной раны 0,5% раствором хлоргексидиана глюконата в 70% этиловом спирте.

4.3.12. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводится во время первичного туалета новорожденного закапыванием в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора нитрата серебра 2% или трехкратно с интервалом 10 минут по одной капле раствора сульфацила натрия 20% (глазные капли) или закладыванием за нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10000 ед. в 1 г (глазная мазь, полоска длиной от 0,5 до 1 см). Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли) (пункт в редакции [приказа Минздрава России от 5 мая 2000 года N 149](#)).

4.3.13. В родильном зале необходимо в течение первого получаса после рождения прикладывать новорожденного к груди матери (при отсутствии противопоказаний). Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание способствует более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению широкого комплекса факторов неспецифической защиты организма.

4.3.14. После взвешивания и пеленания новорожденного пеленальный стол и весы обеззараживают. Лотки для приема новорожденного и последа, кислородные маски, а также все оборудование, используемое при первичной помощи новорожденному, обеззараживается ([таблица 3 приложения 1](#)).

Для отсасывания слизи у новорожденного целесообразно использовать баллоны и катетеры однократного применения.

4.3.15. Хранение плацентарной крови осуществляется в специальных холодильниках, последов - в холодильных камерах.

Утилизация последов может осуществляться следующими способами:

- сжигание в специальных печах
- захоронение в специально отведенных местах
- вывоз на организованные свалки после предварительного обеззараживания.

4.3.16. Белье, использованное в процессе приема родов, собирают в бак с заложенным в него клеенчатым мешком, перевязочный материал сбрасывают в таз, завернутый в стерильную пеленку или клеенку, таз дезинфицируют и меняют после каждого родов.

4.4. ПОСЛЕРОДОВОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С СОВМЕСТНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

4.4.1. Совместное пребывание родильницы и новорожденного в палате послеродового отделения родильного дома имеет преимущества перед отдельным пребыванием: снижается заболеваемость ВБИ новорожденных и родильниц, интенсивность циркуляции госпитальных штаммов, колонизация различных биотопов ребенка осуществляется материнскими штаммами.

Койки послеродового физиологического отделения следует максимально располагать в отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация таких палат в наблюдательном отделении.

4.4.2. Противопоказания к совместному пребыванию определяются в каждом конкретном случае врачами: акушером-гинекологом и неонатологом.

4.4.3. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- и двухместные боксированные или полубоксированные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

4.4.4. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим отделения соответствует режиму физиологического отделения с отдельным пребыванием (см. раздел 4.5 данного приложения). При совместном пребывании матери и ребенка по желанию родильницы допускается использование для новорожденного подгузников промышленного производства и детских игрушек из полимерных материалов, предназначенных для данной возрастной группы (типа погремушек) и подлежащих дезинфекции и влажной обработке.

4.5. ПОСЛЕРОДОВОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С РАЗДЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

4.5.1. Палаты послеродового отделения заполняют циклично, синхронно с палатами (боксами) детского отделения в течение не более 3 суток.

4.5.2. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы в первые 3 дня - 4 раза, в последующем - 2 раза в сутки. Используемые при кормлении новорожденных

подкладные из клеенки меняют два раза в день, при использовании для этих целей пеленок их меняют перед каждым кормлением.

4.5.3. После выписки родильниц в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции (таблицы 1, 3, 5), постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

4.6. ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

4.6.1. Палаты новорожденных заполняют строго циклически, синхронно с палатами послеродового отделения, в течение не более 3 суток.

4.6.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по "требованию" младенца.

Вне зависимости от условий пребывания новорожденного (совместно или раздельно с матерью) следует, по возможности, не использовать в рационе новорожденных иную пищу или питье, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

4.6.3. Перед обработкой и пеленанием каждого новорожденного персонал должен мыть руки с двукратным намыливанием.

При уходе за новорожденными используют стерильное белье.

4.6.4. Все изделия медицинского назначения, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.) подлежат дезинфекции, а затем стерилизации.

При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны, хранящиеся в специальной коробке в отдельных укладках. Извлеченная и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют перед каждой обработкой новорожденных.

4.6.5. Лекарственные формы для новорожденных используют в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

4.6.6. Лечение детей с признаками инфекции в отделении новорожденных и перевод их в наблюдательное отделение запрещается. Они должны быть выведены из акушерского стационара в день установления диагноза.

4.6.7. После выписки детей постельные принадлежности подвергаются камерной дезинфекции. В палате (боксе) проводится уборка по типу заключительной дезинфекции (таблицы 1, 3, 5 приложения 1).

4.7. КОМНАТА ДЛЯ СБОРА, ПАСТЕРИЗАЦИИ И ХРАНЕНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА

4.7.1. В послеродовых физиологических отделениях выделяются помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока.

4.7.2. Перед каждым кормлением медсестра выдает матерям стерильную посуду и собирает ее со сцеженным после кормления молоком.

Молоко от матерей с трещинами сосков и от родильниц наблюдационного отделения сбора не подлежит.

4.7.3. Собранное грудное молоко разливают в бутылочки по 30-50 мл для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5-7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках.

4.7.4. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний.

Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в холодильнике не более 12 часов.

Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки.

Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

4.7.5. Докармливание или допаивание при показаниях осуществляется непосредственно из индивидуального разового сосуда или ложки.

4.8. ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

4.8.1. В наблюдационном отделении противозидемический режим должен соблюдаться особенно тщательно.

4.8.2. При необходимости перехода в наблюдационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа имеется вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

4.8.3. Сцеженное родильницами наблюдационного отделения молоко для докармливания новорожденных не используется.

4.8.4. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных в крупных городах осуществляется в специализированном родильном отделении. При его отсутствии беременные направляются в родильный дом (отделение) общего типа. Прием родов производится в наблюдационном отделении в специально выделенной палате, где родильница с ребенком находится до выписки. При

необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

4.8.5. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусными гепатитами с парентеральным механизмом передачи.

4.8.6. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия однократного применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

4.8.7. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, при приеме родов использование защитных очков или экранов) (абзац в редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#)).

При наличии микротравм на коже рук перед началом работы медицинскому работнику необходимо обработать поврежденную поверхность 70% спиртом или спиртовой настойкой йода 5% и "заклеить" лейкопластырем или каким-либо пленкообразующим препаратом (три слоя "Лифузоля" или др.).

Необходимо проявлять максимальную осторожность при работе с колющими, режущими инструментами, иглами. Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии и др. Санитарно-гигиенические мероприятия, текущая и заключительная дезинфекция должны выполняться особенно тщательно.

Рекомендуется повторно провести обследование лиц, принимавших роды у ВИЧ-инфицированной роженицы и осуществлявших уход за родильницей и новорожденным, через 6 месяцев после их выписки.

4.8.8. Опасность заражения ВИЧ-инфекцией возникает при аварийных ситуациях (порезы или уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями от ВИЧ-инфицированных пациентов, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз).

Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

- при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией убедиться в целостности аварийной аптечки;
- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
- обработать кожу ногтевых фаланг йодом перед надеванием перчаток;

- при попадании зараженного материала (кровь, околоплодные воды, отделяемое родовых путей и т.д.) на кожу персонала обработать ее 70% раствором спирта, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% раствором спирта. Не тереть!

- при попадании зараженного материала на слизистые ротоглотки и носа их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% спиртом или 0,05% раствором марганцевокислого калия;

- для обработки слизистой глаз применяется раствор марганцевокислого калия 1:10000; раствор готовится ex tempore, для чего необходимо иметь навеску препарата по 50 мг, которая растворяется в 10 мл дистиллированной воды;

- при уколах и порезах вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% раствором йода. Не тереть!

В случае аварий рекомендуется профилактический прием тимозида (азидотимидина) 800 мг/сут в течение 30 дней, прием препарата необходимо начинать не позже 24 часов после аварии.

Лабораторное обследование лиц, попавших в аварийную ситуацию, проводится через 3, 6 и 12 месяцев.

(Пункт в редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#))

4.8.9. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде за ВИЧ-инфицированной родильницей и новорожденным, имеют право на получение надбавок за работу в опасных для здоровья и жизни условиях труда в соответствии с существующими нормативными документами.

4.8.10. При других инфекционных заболеваниях противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с действующими приказами.

4.8.11. После выписки родильниц и новорожденных (освобождение палаты) проводится заключительная дезинфекция с обязательной камерной обработкой постельных принадлежностей ([таблицы 1, 3, 5 приложения 1](#)).

5. ПРАВИЛА СТИРКИ БЕЛЬЯ И ОБРАБОТКИ ОБУВИ

5.1. Белье стирают в прачечной родильного дома, а при отсутствии ее - в больничной прачечной, но отдельно от белья других отделений. В прачечной должны быть выделены специальные емкости для замачивания белья, а также отдельное оборудование для его стирки. Не допускается использование синтетических моющих средств для стирки белья новорожденного.

5.2. При стирке в коммунальной прачечной белье родильного дома стирают в специально выделенный день.

5.3. В процессе обработки и стирки белья потоки чистого и грязного белья не должны перекрещиваться.

5.4. После выписки женщины из родильного дома или перевода ее в другое отделение обуви (тапочки), выданную ей при поступлении, подвергают обязательной дезинфекции в дезинфекционной камере по параформалиновому способу или раствором формалина 10% (п.8 [табл.1 приложения 1](#)).

5.5. Целесообразно пользоваться собственными кожаными (из кожзаменителя) или новыми матерчатыми тапочками.

6. ОБРАБОТКА РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ПРИ ПРИЕМЕ РОДОВ ИЛИ ОПЕРАЦИИ

6.1. Для обработки рук всех лиц, участвующих в приеме родов и различных оперативных вмешательствах, используют различные кожные антисептики отечественного ([таблица 4 приложения 1](#)) и зарубежного производства, разрешенные к применению в установленном порядке.

6.2. Для обработки кожи операционного поля, наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер рожениц применяют йодонат, йодопирон, хлоргексидин глюконат, спиртовую настойку йода 5% и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке ([таблица 4 приложения 1](#)). Кроме того, перед родами через естественные родовые пути у рожениц с наличием в анамнезе кольпита, вульвовагинита и т.п. возможно применение для обработки наружных половых органов, области промежности и родовых путей пливасепт-антисептической эмульсии.

7. ДЕЗИНФЕКЦИЯ, ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА И СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

7.1. Режим дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации в лечебно-профилактических учреждениях и контроль за ним определен [приказом Минздрава СССР от 03.09.91 N 254 "О развитии дезинфекционного дела в стране"](#), а также согласно требованиям ОСТа 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства, режимы", приказом Минздрава СССР от 27.07.89 N 408 "Об усилении мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами", а также в соответствии с утвержденными инструктивно-методическими документами по применению конкретных средств, установок, стерилизаторов.

7.2. Дезинфекция медицинских изделий проводится в отделениях, а предстерилизационная очистка и стерилизация - в централизованных стерилизационных (ЦСО) в соответствии с "Методическими рекомендациями по организации централизованных стерилизационных в лечебно-профилактических учреждениях", утвержденных Минздравом СССР 01.02.90 N 15-6/8.

При отсутствии централизованных стерилизационных все три вышеуказанных этапа обработки осуществляются в отделениях акушерского стационара.

7.3. Стерилизация лигатурного шовного материала проводится согласно "Методическим рекомендациям по стерилизации лигатурного шовного материала в лечебно-профилактических учреждениях", утвержденным Минздравом СССР 19.07.90 N 15-6/34.

7.4. Контроль за качеством стерилизации осуществляется в соответствии с "Методическими указаниями по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов" Минздрава СССР от 28.02.91 N 15-6/5 (комплекс физических, химических и бактериологических методов контроля).

7.5. Обработка аппаратов и инструментов, используемых в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 16.06.97 N 184 "Об утверждении Методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно-профилактических учреждениях".

Строжайшее соблюдение правил стерилизации одновременно является мерой, предупреждающей распространение в акушерских стационарах среди новорожденных и родильниц других инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Начальник Департамента
Госсанэпиднадзора
Минздрава России
А.А.Монисов

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинс
кая

Приложения 1

ДЕЗИНФЕКЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

(с изменениями на 24 ноября 1998 года)

Таблица 1

Наименование	Дезинфицирующий	Режим дезинфекции

1	2	3	4	5	6
1.	Поверхности в помещениях, или орошаемые предметы обстановки	ПВК	0,75	60	Однократное тирание
		Пероксимед	3,0	30	Однократное тирание
		ПФК-1	3,0	30	
		Катамин АБ	0,25	30	Однократное тирание
**			0,5	60	Орошение
		Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Однократное тирание
		Амфолан	1,0	60	" - "
3,0	60	Перекись водорода с 0,5% моющего средства			Двукратное тирание или орошение**
		Перекись водорода	3,0	60	
		*) Аламинол	1,0	30	Однократное тирание

				тирание
ое проти-	Хлорамин с 0,5%	0,75	60	Двукратн
и ороше-	моющего средства			рание ил
				ние**
Протираение	*) Анолит***	-	-	
ое проти-	*) Гипохлорит нат-			
	рия с 0,5% моющего	0,25	30	Двукратн
	средства****	0,125	60	рание
ное про-	*) Нейтральный ги-			
или оро-	похлорит кальция	0,15	60	Однократ
				тирание
				шение**
	*) ДП-2 (применя-	0,1	60	- "-
	ется только при от-			
	сутствии других			
	средств)			

2. Воздух и по-
Ультрафиолетовое Режим дезинфекции, выбор облуча-
верхности в облучение телей, расчет их числа з
ависят от функционального назначен
помещениях щения, объема, др. парам
ия поме- характеристик в соответс
етров и твии с
и по при- "Методическими указаниям
мп для менению бактерицидных ла
и поверх- обеззараживания воздуха
ностей в помещениях"
N 11-16/03-

06 утв. Минздравмед-
дакции промом РФ 28.02.95 (в ре

[приказа Минздрава России от](#)

3. Посуда без ие в рас- остатков оследую- пищи й водо- й водой	Хлорамин Б	0,5	30	Погружен твор с п
	Перекись водо- щим промыванием рода	3,0	30	проточно проводно
	Пероксимед	3,0	60	
	ПВК	0,5	30	
	Амфолан	0,5	30	
	Катамин АБ	0,25	30	
	Анолит***	-	-	
	Гипохлорит натрия****	0,125	15	
	ДП-2	0,1	15	
	Дистиллированная вода при темпера- туре 100 град.С		30 (с момента закипания)	Кипячени
4. Холодильник 3,0 60 (внутренние промыва- поверхности) ой: ое ное	Перекись водоро- Протирание с пос- да с 0,5% мощного средства			ледующим нием вод двукратн
	ПВК	0,75	60	однократ
	Пероксимед	3,0	30	-//-
	Катамин АБ	0,5	60	орошение
		0,25	30	однократ
	Хлоргексидин			тирание
	глюконат	0,2	60	-//-
ное про-				

	Амфолан	1,0		-//-
ное про-	Гипохлорит натрия**	0,25		двукрат
				тирание
	Хлорамин Б	1,0		-//-
	Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75		-//- -//-
и	Аэрозольный баллон "Синильга"			этикетк
5.	Постельные Камерная дезин- принадлежнос- ти (матрац, подушка, одеяло)	-	-	-
				фекция
6.	Нательное и Стирка в прачеч- постельное белье	-	-	-
				ной
7.	Марлевые маски	Водопроводная вода при температуре 100 град.С	30	(с Кипячени
е			момента	закипания)
м стери-		Водяной насыщенный пар под избыточным давлением P=0,05 МПа (0,5 кгс/кв.см) при температуре 110+/- 2 град.С	20	В парово
				лизаторе
8.	Тапочки ампоны	Формалин	10,0	120
, смочен-				Ватные т
вором				(ветошь)
а, закла-				ные раст
				формалин
				дывают в

носки				тапочек.
Обувь				помещают
в полиэ-				тиленовы
й пакет				(клеенча
тый ме-				шок), ко
торый				плотно з
авязывают				
ании де-	Аммиак (для	10,0	30	По оконч
онной вы-	нейтрализации			зинфекци
ампон из-	формалина)			держки т
обувь				влекают,
вают мяг-				обрабаты
ой (там-				кой щетк
смоченным				поном),
заторм				нейтрал
м), нак-				(аммиако
канью,				рывают т
оветрива-				затем пр
чезнове-				ют до ис
ха				ния запа
9. Резиновые				Протиран
ие с пос-				ледующим
коврики				нием вод
промыва-				
ой:				
ное	Аламинол	3,0	60	однократ
ое	Хлорамин Б	5,0	60	двукратн
(в редакции	приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338)			

ное или	Нейтральный гипохлорит кальция	0,3	60	однократное орошение
//-	ДП-2	0,3	60	-
//-	Анолит***	-	-	-
ое	Гипохлорит натрия****	0,3	60	двукратно
ное	ПВК	4,0	60	однократно
ние		2,0	150	или оршение
ное	Пероксимед	4,0	120	однократно
10. Подкладные ие в рас- судна ле осво- от со-	Хлорамин Б	1,0	120	Погружен твор пос бождения
	Нейтральный гиподержимого хлорит кальция	0,5	60	
	ДП-2	0,2	120	
	Анолит***	-	-	
	Гипохлорит натрия****	0,25	60	
	ПВК	3,0	60	
	Пероксимед	3,0	60	
11. Санитарно-техническое промыва-оборудование ой: (раковины,				Протирание с последующим ием вод

	ванны, уни- Хлорамин Б тазы и др.)	1,0	60	двукратное или	орошение
//-				Анолит***	-
	0,25	60		Гипохлорит нат- двукратное рия****	
//-				Аламинол	1,0 60 -
ное					3,0 30 однократ
2		ДП- 0,1	120	двукратное или	орошение
**				Пероксимед	3,0 60 однократ
ное				ПВК	0,5 80 двукратн
ое					2,0 30 орошение
**					
1		ПФК- 3,0	30	однократное	
	3,0	45		Перекись водоро- двукратное или да с добавлением	орошение
**				0,5% моющего средства	
//-				Демос	10,0 120 -
ное				Катамин АБ	0,5 30 двукрат
//-				Нейтральный гипо- хлорит кальция	0,6 30 -
12.	Уборочный Попружение материал			Анолит*** Гипохлорит нат-	- -

(инвентарь)	рия****	0,5	
	Хлорамин Б	3,0	50
		1,0	300
	ДП-2	0,2	120
	Аламинол	3,0	60
	ПВК	2,0	30
	Пероксимед	3,0	60
	ПФК-1	2,4	60
	Катамин АБ	0,5	30
	Демос	10,0	120

Примечания:

*) - Эти средства не рекомендуется применять в отделениях новорожденных, в остальных помещениях - в отсутствие родильниц, рожениц, с последующим тщательным проветриванием помещений.

* - Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке. При загрязнении объектов кровью обеззараживание следует проводить по режимам, рекомендуемым при парентеральных вирусных гепатитах ([приложение 3 к приказу Минздрава СССР "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране" N 408 утв. 12 июля 1989 года](#)).

** - Норма расхода средства способом орошения составляет 300 мл на 1 кв.м обрабатываемой поверхности. Дезинфекцию способом орошения выполняют в отсутствие родильниц, рожениц, новорожденных, при плотно закрытой двери и окнах, отключенной приточно-вытяжной вентиляции.

*** - Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

**** - Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску и применению Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

**** - Концентрации растворов: хлорамина, ДП-2, аламинола даны по препарату, остальных - по активно-действующему веществу.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

1	2	3	4	5	6
Метод дезинфицирующий	Режим дезинфекции	агент_1	Условия	Применяемое	
дезинфекции	темпе-концент-	по применению	проведения	оборудование	
время	рациона_2	дезинфекции	рациона_3	дезинфек-	
	раствора_3, %	раствора_3, град.С	раствора_3, мин		

1. Хими-

1	2	3	4	5	6
Аламинол_5	не	Изделия:	Полно		
Закрытые ем-	Аламинол_5	менее 5,0	60	-	
ческий	из металлов, погружают	кости из			пластмасс,
из металлов, погружают	_4	18			стекла;
	стекла,				
в раствор	пластмасс или	8,0	60	-	
из резин	Бианол_5	покрытые эма-	1,5	30	Изделия из м
е-	лю (без пов-				таллов, рези
н,	реждения эма-				пластмасс,
	ли)				стекла
	Глутарал_5	без раз-	15	-//-	
	Глутарал Н_5	ведения	15	-//-	
	Глутаровый_5,6	2,5	30	-//-	
	альдегид				
	фирмы Reanal				
	(ВНР)				
	рН 7,0-8,5				
ор-	Формалин_5 (по	4,0	60		Изделия из к
	формальдегиду				розионной

ких					металлов, ре
зин,	ПВК		3,0	60	пластмасс, стекла
	Пероксимед		3,0	60	
	Перекись водо- рода_7		6,0	60	
	Дезоксон-1		0,5	60	
	Перекись водо- рода_7 с 0,5% мою- щего средства ("Прогресс", "Астра", "Айна "Лотос")		6,0	60	
	Хлорамин	не менее 18	3,0	60	
тек-	Гипохлорит		0,5	60	Изделия из с
с	натрия_8				ла, пластмас
на					(ПВХ), резин
оно-					основе силик
аль-					вого и натур
	Анолит_9		-	-	ного каучука
	ДП-2		0,5	60	
2. Паро-	Водяной на-	110+/-2	-		
вой	20 Изделия_10	из	Проводят	Паровой сте-	стекла, мета
л-	в стерили-	рилизатор			
	пар под из-				
	зационных	Камеры де-			лов, резин, ла-
	быточным				
о-	коробках	зинфекцион-			текса и терм
	давлением	ные			стойких поли
-	r=0, 0,5 МПа				мерных матер
иа-	(0,5 кгс/кв.см)				лов
3. Воз-	Сухой горя-	120+/-4	-		
	45 Изделия	из	Проводят	Воздушный	

душный чий воздух_5		стекла, мета
л- без упа- стерилиза-		лов
ковки (в тор		
лотках)		
4. Кипя-	Дистиллиро-	98+/-1 -
30	Изделия_10 из	Полностью
чение ванная вода		Дезинфекци-
л- погружают онный кипя-		стекла, мета
		лов, термо-
в воду	тильник	
	Дистиллиро-	98+/-1 -
15	стойких поли-	
ванная вода		мерных матер
иа-		
	с 2% натри-	лов, резины
	ем двуугле-	
	кислым (сода	
	пищевая)	

Примечания:

1. Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке.
2. Концентрации дезинфицирующих средств: хлорамина, ДП-2 даны по препарату, остальных - по активно-действующему веществу.
3. Дезинфицирующий раствор должен применяться однократно, если в методических указаниях по применению нет специальных на то указаний.
4. После дезинфекции изделия должны быть промыты водой в соответствии с требованиями методических указаний для конкретного средства.
5. Дезинфекцию этим средством (агентом) проводят после предварительной очистки изделий от видимых загрязнений кровью и др. с соблюдением противоэпидемических мер (перчатки, резиновый фартук) и обеззараживанием сливных вод по режиму дезинфекции при парентеральных вирусных гепатитах.
6. Методика приготовления глутарового альдегида приведена в "Методических рекомендациях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских инструментов к гибким эндоскопам", утв. МЗ СССР 09.02.88 N 28-6/3.
7. Дезинфекцию медицинских изделий можно проводить медицинской перекисью водорода и технической марок А и Б.
8. Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску Комитетом по новой

медицинской технике Минздрава России.

9. Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

10. При дезинфекции кипячением и паровым методом изделия из полимерных материалов должны быть упакованы в марлю.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПРИБОРОВ И ОБОРУДОВАНИЯ

(с изменениями на 24 ноября 1998 года)

Таблица 3

-----+-----					
-----+					
Наименование		Дезинфицирующий	Режим дезинфекции		
обеззаражи-		агент_1	+-----		
Способ					
NN ваемого			концент-		
время		обработки	рация выдерж-		
			раство-		
ки, мин			ра, %		
+--+-----+-----+-----+-----+					

1	2	3	4	5	
6					
+-----+-----					
-----+					
1.	Поверхности	Катамин АБ	0,25	30	Однократ
	ное про-				
	аппаратов,				тирание
	медицинских				
	приборов,	Хлоргексидина	0,2	60	-//-
	оборудования	глюконат			
	с лакокра-				
	сочным,	Амфолан	1,0	60	-//-
	гальваничес-				
	ким или по-	ПВК	0,75	60	-//-
	лимерным по-				

	крытием	Пероксимед	3,0	60	-//-
		ПФК-1	3,0	60	-//-
3,0	60	Перекись водорода с 0,5% моющего средства			тирание -
//-					
ное про-		Хлорамин Б	1,0	60	Однократ тирание
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75	60	-//-
		ДП-2	0,1	60	-//-
		Аламинол	1,0	30	-//-
2.	Узлы прибор-Хлорамин Б ров и аппаратов из промыва-коррозионно-стойких средств таллов, не загрязненные кровью, не имеющие контакта со слизистыми оболочками, раневой поверхностью				
		Хлорамин Б	1,0	30	Полное погружение
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75	30	в раствор с последующим ледующим
					тирание
		Амфолан	1,0	30	двукратное проти-вание
		Хлоргексидина глюконат	0,5	30	
		Катамин АБ	0,5	30	
		Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0	-	тирание -
//-					
		Пероксимед	3,0	-	-//-
		ПВК	0,75	-	-//-
		ПФК-1	3,0	-	-//-
		Глутарал	Без раз-		

15	Погружение в рас-	Глутарал Н	ведения	15	твор с п
оследую-					щим пром
ыванием		Аламинол	1,0	60	водой
		Бианол	1,5	30	-//-
		Формалин	3,0	30	-//-
3.	Резиновая	Хлорамин Б	1,0	-	рание с
	Двукратное проти-				
	грелка,				
интерва-					
	пузырь для	Хлорамин Б с	0,75	-	ледующим
	лом 15 мин с пос-	0,5% моющего			нием вод
	льда	средства			
промыва-					
ой					
		Гипохлорит			
		натрия_2	0,25	-	
		Перекись водоро-	3,0	-	
		да с 0,5% моюще-			
		го средства			
		Пероксимед	3,0	-	
		ПВК	3,0	-	
		ПФК-1	3,0	-	
		Катамин АБ	0,25	-	
		Амфолан	1,0	-	
		Хлоргексидина	0,2	-	
		глюконат			
		Демос	2,0	-	
4.	Зонд, баллон	Водяной насыщен-	-		
	20 В паровом	ный пар под из-			
	для отсасы-	стерилизаторе			
	вания слизи,	быточным давле-			
	соски для	нием p=0,05 МПа			
	новорожден-	(0,5 кгс/кв.см)			
	ных	при температуре			
		110+/-2 град.С			

Кипячение	Дистиллированная вода при температуре 100 град.С	-	30 с момента закипания	
Кипячение	Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100 град.С	-	15 с момента закипания	
5. Кислородные ое проти-маски, рожок интерва-от кислород-глюконат ной подушки	Перекись водорода Хлоргексидина 0,2	3,0 60	лом 15 мин	Двукратн рание с
6. Подушка для ое проти-кислорода, интерва-манжетка для ин измерения артериально-го давления	Перекись водорода	3,0	60	Двукратн рание с лом 15 м
7. Мешок ое проти-"Амбу"	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Двукратн рание
8. Кувез Методика обработ-ских ука-о дезин-фекции кувезов ношенных детей" (приложе-приказу	Перекись водоро-да с 0,5% моеще-ки изложена в го средства ПВК Пероксимед Катамин АБ	3,0 0,75*) 0,25	- - -	"Методиче заниях п для недо ние 7 к

МЗ СССР N 440 от

20.04.83)

	Амфолан	1,0	-	Обработк
а ПВК и				
	Хлорами	1,0	-	
	Б с			
	перокси			
	медом			
по мето-	0,5% мо			водится
	ющего			
	средства			дике для
перекиси				
				водорода
с моющим				
				средство
м, ката-				
				мином АБ
- для				
				амфолана

 *) Концентрация раствора ПВК включена [приказом Минздрава Р
 оссии](#)
[от 24 ноября 1998 года N 338](#).

9. Термометр	Хлорами	0,5	30	Погружен
ие в рас-	Б			
медиаинский				
оследую-				
		2,0	5	щим пром
ыванием				
				водой
	Перекись	3,0	80	
	водорода			
	Хлоргексидина	0,5	30	
	глюконат			
10. Стетофонен-				
Хлорами	0,5	30		Двукратное проти-
доскоп,				рание с
интерва-				
сантиметро-				
Амфолан	0,2*)	30		лом 15 мин и пос-
вая лента	Хлоргексидина			ледующим
временем				
				воздейст
вия				
	глюконат	1,0		30 мин

 *) Концентрация раствора хлоргексидина в редакции [приказа
 Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#).

11. Ножницы для	Аламинол			Погружен
ие с пос-				
стрижки ног-				

	тей, брит- Бианол венный при-		ледующим промыва-		
			нием водопровод-		
	бор металли- ческий	Глутарал	ной водой Без раз-	15	
		Глутарал Н	ведения	15	
		Хлоргексидина глюконат в 70% этиловом спирте		0,5 30	
		формалин		10,0 15	
				4,0 60	
Кипячение		Дистиллированная вода при темпера- туре 100 град.С		30 с мо-	
				мента за- кипания	
Кипячение		Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100 град.С		15 с мо-	
				мента за- кипания	
12. Фартук, на- Хлорамин Б рукавники, е		1,0	Протирание или		орошени
мешок, чехол матраца из //-		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства		0,75	-
клеенки или полимерной пленки ние		Хлоргексидина глюконат		0,2	Протира
//-		Гипохлорит			-
		натрия_2		0,25	
		Анолит_3		- -	
13. Тазик эма- 4,0 90 лированный почкообраз-		Перекись водоро- Погружение в рас- да с 0,5% моюще- твор или промыва- го средства		6,0 60	ние

ный, таз для использованного перевязочного материала, подкладных клеенок, бумаги и др.	ПВК	3,0*)	60	
	Пероксимед	3,0	60	
	ПФК-1		60	
	Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	3,0	60	
	Гипохлорит натрия_2	0,25	60	
Погружение в рас-	Анолит_3	-	-	
	ДП-2	0,1	60	твор

 *) Концентрация раствора ПВК в редакции [приказа Минздрава Р оссии от 24 ноября 1998 года N 338](#).

14. Баночки для Кипячение	Дистиллированная вода при температуре 100 град.С	-	30 с мо-	
сбора молока, молокоотсосы, стеклянные Кипячение воронки	Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100 град.С	-	15 с мо-	мента за- кипания
45	Сухой горячий В воздушном стерилизаторе при температуре 120+/-4 град.С	-		
15. Сетка для Двукратное градуированных бутылок валом 15 мин и	ПВК	0,75	-	
ющим вре-	Пероксимед	3,0	-	тирание с интер-
менем воздейст-	Хлорамин Б	1,0	-	последу

мин

Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75	-
Хлоргексидина глюконат	0,2*)	-
Катамин АБ	0,5	-
Аламинол	1,0	-
Демос	2,0	-

*) Концентрация раствора хлоргексидина в редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#).

16. Наконечники Кипячение для клизм, резиновые клизмы твор на 60 мин с ющим про- мыванием водопр- водой. По- сле этого - пред- зационная и стерил- зация	Дистиллированная вода при темпера- туре 100 град.С Перекись водоро- Погружение в рас- да ПВК Пероксимед Гипохлорит натрия_2 Анолит_3 Хлорамин Нейтральный гипохлорит кальция ДП-2	- 6,0 3,0 3,0 0,5 3,0 0,5 0,1	- - - - - - - -	30 с мо- мента за- кипания последу водной стерили очистка лизация Погруже твор с
17. Подкладные ние в рас- клеенки	Хлорамин Б	3,0	30	Погруже твор с

последую-

водной	Нейтральный гипохлорит кальция	0,5	15	водопродой
	ДП-2	0,1	15	
	Гипохлорит натрия_2	0,25	15	
	Анолит_3	-	-	
	ПВК	3,0*)		
	Пероксимед	3,0*)	60*)	

*) В редакции [приказа Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#).

Примечания:

1. Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

2. Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

3. Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

4. При загрязнении объектов кровью следует проводить обеззараживание в соответствии с рекомендациями, изложенными в [приложении 3 к приказу Минздрава СССР от 12.07.89 N 408](#) "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране" (пункт дополнительно включен [приказом Минздрава России от 24 ноября 1998 года N 338](#)).

КОЖНЫЕ АНТИСЕПТИКИ ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОПЕРАЦИОННОГО, ИНЪЕКЦИОННОГО ПОЛЕЙ, РОДОВЫХ ПУТЕЙ И ДР.

				Режим	
				обеззараживания	
Вид		Кожный			
Способ		антисептик		концент-	
NN обработки	время	обработки		рация	выдерж-
	ки, мин			раство-	
				ра, %	
1	2	3	4	5	6
1. Гигиеническая	Йодопирон	1,0	-		
Протирание сте-					
обработка рук					рильным т
ампоном,					смоченным
кожным					антисепти
ком					
	АХД-2000-спе-	Без раз-			
30	3 мл средства на-	ведения	сек		носят на
кисти рук	циаль				и втирают
в кожу	Лизанин	-//-	-//-		досуха
	Хлоргексидина	0,5	-//-		-
//-	глюконат в 70%				
	этиловом спирте				
	Спирт этиловый	70,0	-//-		-
//-					
	Дезинфицирующие		-//-		
Протирание кистей	салфетки "Дами-				
	рук дезинфицирую-				

ткой	септ"			щей салфе
Протираание сте-	Хлорамин	0,5	-//-	
ампоном,	и другие кожные			рильным т
раство-	антисептики,			смоченным
	разрешенные к			ром
	применению в ус-			
	тановленном по-			
	рядке			
2. Обработка	Йодопирон	0,1	4	Моят стер
ильной				салфеткой
рук перед				ти с раст
в емкос-				тисептика
приемом				ют стерил
вором ан-				феткой
родов или				
, вытира-				
оперативным				
ьной сал-				
вмешатель-				
ством				
(перед об-				
Хлоргексидина				
работкой	глюконат в 70%	0,5	5	Протирают стериль-
м тампо-				ным ватны
кожным ан-				
этиловом спирте				ном, смоченным
тисептиком				антисепти
ком, за-				
руки моют				тем вытир
ают сте-				
в течение				рильной с
алфеткой				
2 мин про-	Лизанин		Без раз-	
точной во-				
5 мл препарата на-				
дой с мылом,	АХД-2000-спе-			
ведения	носят на кисти рук			
дважды намы-				
циаль				и втирают в кожу в
ливая их,				течение 2
, 5 мин,				
затем насухо				после это
го снова				
вытирают сте-				
рильной сал-				
				наносят 5 мл пре-
				парата и втирают в

феткой) , 5 мин					течение 2 (поддержи рук во вла стоянии)
вая кожу					
ажном со-					
тельно	Дегмин	1,0	По 3 мин		Последова
двумя					протирают
ми салфе-	Дегмицид	1,0	два раза		стерильны
оченными					тками, см
е; выти-					в раствор
й стерил-					рают сухо
феткой					льной сал
4 2,4 1	Рецептура С-				
раство-	Руки погружают в				емкость с
, затем	(первомур)				ром, моют
сухой					вытирают
й салфет-					стерильно
					кой
	и другие кожные				
	антисептики, раз-				
	решенные к приме-				
	нению в установ-				
	ленном порядке				
3. Обработка	Йодопирон	1,0	-		
Двукратно проти-					
операционно-					
го поля, на-	Йодонат	1,0	-	рание стерильным	
марлевым тампоном,					
ружных поло-					
вых органов,				смоченным в раст-	
внутренних					воре
поверхностей					
бедер и ро-	Лизанин ОП	Без раз-			

2	Кожу последовател- ных путей (только для об- ведения рожениц (накануне ильными оперативного тампона- вмешательст- ва больной паратом принимает душ, меняет белье) вание стерильным тампоном, смоченным в раст- этиловом спирте и другие кожные антисептики, раз- решенные к приме- нению в установ- ленном порядке	Спиртовая нас- Двукратное проти- тойка йода 5,0	-	ми, обильно смоче- нными пре	
		Хлоргексидина		марлевым	
		глюконат в 70%	0,5	-	
				воре	
4.	Обработка ируют кожи инъек- ционного тампоном, смочен- поля ратом	Спирт этиловый АХД-2000-спе- циаль	80%	1	Кожу прот стерильным ватным Без раз- -//- ведения ным препа
		Лизанин ОП	-//-	-//-	
5.	Обработка евых сти- кожи локте- вых сгибов довательно проти- доноров ратно ра-	Йодопирон Йодовидон Йодонат	1%	2 мин	Кожу локт бов доноров после- -//- -//- рают двук
		здельными стериль-	-//-		

евыми та-
 мпонами, обильно
 и препа-

АХД-2000-спе-
 циаль

Без раз- -//-
 ведения

Лизанин ОП -//- -//-

и другие кожные
 антисептики, раз-
 решенные к приме-
 нению в установ-
 ленном порядке

ными марл
 смоченным
 ратом

РЕКОМЕНДУЕМАЯ КРАТНОСТЬ И ВИДЫ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Таблица 5

Родовое отделение				
Отделение	Обсервационное			
Приемно-новорожденное смотровое отделение с родильным и совместным приемом ребенка	Родильный зал, отделение	Вспомогательные боксированный родильный блок	Послеродовые помещения	физиоотделение с разсовместным быван и
1	2	3	4	5
5	6	7		

-----+

Текущая уборка

Влажная уборка 2 раза в день с использованием мощного средства, один раз в сутки уборка с использованием средства не реже 1 раз в день (табл.1), 1 затем после каждой (табл.1) уборки обеззараживание воздуха УФ-облучением*, проветривание помещения в течение 20 мин. Обработку помещений проводят в следующем порядке: е каждой уборки воздух сначала - комнату мин. облучением, затем все объекты и фильтр, затем смотрят	1. При наличии одного родильного зала уборки с применением мощного средства 1 раз в день (табл.1) - дезинфицирующего средства раз в сутки при кормлении новорожденных - отсутствии родов, затем обеззараживание воздуха УФ-облучением, проветривание помещения в течение 20 минут.	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства 1 раз в день (утром), ежедневной уборкой после третьего (табл.1) - дезинфицирующего средства	Влажная уборка Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства 1 раз в день. - уборка с применением средства (табл.1) - 1) Посл
2. При наличии поверхностей в помещениях протирают ве- вую, душевую, санузел. двух и более тошь ю, смоченной водопроводной водой, и родзалов (бок- снова включают УФ-облучение, помещение сированных пров етривают в течение 20 минут. родблоков) уборку (см.п.1) проводят в каждом из них после приема родов			

Уборки по типу заключительной де

инфекции			
е выписки	При наличии одного	Один раз в	Посл
льницы и	Один раз в семь	неделю.	роди
рожденного	родильного зала		ново
при пере-	дней (стены - на		или
ное отделе-	уборку проводят не		цин
с примене-	высоту 2 м) с		ние
дезинфици-	реже одного раза в		нием
	применением де-		
	три дня. При нали-	зинфицирующего	
	воде в observa-		
	ции двух родзалов,		
	средства		
	в боксированном		
	(табл.1)		
	родблоке уборку		
	проводят поочеред-		
	рующего средст-		
табл.1)	но в каждом из них		ва (
	с применением де-		
	зинфицирующих средств		Посл
е проведения	уборки включают УФ-об-		
	(табл.1). После убор-		
	лучатели, затем все объекты и поверхно-		
	сти в помещении протирают ветошью,		
	вают УФ-		
облучением.	смоченной в водопроводной воде, с		
нова			
	Затем все объекты и		вклю
чают УФ-облучатели,	помещение про-		
	поверхности в помеще-		
	ветривают.		
	нии протирают ве-		
	тошью, смоченной в		Посл
е выписки родильницы	проводят заклю-		
	водопроводной воде,		чите
льную дезинфекцию			
	снова включают УФ-об-		
	лучатели, помещение		
	проветривают в течение		
	20 мин. Дату прове-		
	дения дезинфекции		
	фиксируют в журнале		

Примечание.

* Проветривание и облучение палат (боксов) бактерицидными лампами проводят только в отсутствие детей (во время их кормления).

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
26 ноября 1997 года N 345

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями (ВБИ) - это система мониторинга за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций (носительство, заболеваемость, летальность), факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Эпидемиологический надзор за ВБИ, общее методическое руководство и контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях осуществляются центрами госсанэпиднадзора.

Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий в учреждении осуществляется госпитальным эпидемиологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам).

Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ
- анализ заболеваемости новорожденных и родильниц
- анализ заболеваемости медицинского персонала
- микробиологический мониторинг
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ
- определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки и оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации по ВБИ

- оценку эффективности проводимых мер профилактики.

ВЫЯВЛЕНИЕ И УЧЕТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВБИ

Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и родильниц, возникшие в период пребывания в стационаре и/или в течение 7 дней после выписки (максимальный инкубационный период), считают за акушерским стационаром.

О каждом случае или подозрении на инфекционное заболевание у новорожденных и родильниц учреждение, установившее диагноз, сообщает в территориальные центры госсанэпиднадзора (отделы регистрации инфекционных заболеваний) в течение 12 часов.

Случаи внутриутробной инфекции подлежат отдельной регистрации.

Поскольку внутрибольничные инфекции новорожденных и родильниц развиваются и выявляются не только в акушерских стационарах, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора и информации осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях и женских консультациях, патологоанатомических отделениях и др. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в территориальный центр госсанэпиднадзора и в акушерский стационар в течение 12 часов об установленном диагнозе ВБИ как у новорожденного, так и у родильницы.

Центры госсанэпиднадзора в течение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа документации.

Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими отделениями:

- организует контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией внутрибольничных инфекций

- получает ежедневную информацию из всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных и родильниц, нарушениях санэпидрежима, результатах бактериологических исследований, необычных реакциях на введение иммунобиологических препаратов, расследует причины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер.

Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации у новорожденных:

- конъюнктивит и дакриоцистит

- пиодермия
- флебит пупочной вены
- панариций, паронихия
- омфалит
- отит
- импетиго (пузырчатка), пемфигус, везикулопустулез
- псевдофурункулез
- мастит
- энтероколит
- пневмония
- абцесс, флегмона
- менингит
- остеомиелит
- сепсис
- постинъекционные инфекции
- сальмонеллезы
- вирусные гепатиты В, С
- другие инфекционные заболевания

У родильниц:

- послеоперационные инфекции акушерской раны, в т.ч. нагноение и расхождение швов
- эндометрит
- перитонит, в т.ч. после кесарева сечения
- сепсис
- мастит
- постинъекционные инфекции

- грипп, ОРЗ
- пневмония
- цистит, уретрит, пиелонефрит
- сальмонеллезы
- вирусные гепатиты В, С
- другие инфекционные заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

Оперативный и ретроспективный анализ предусматривают изучение заболеваемости внутрибольничными инфекциями по локализации патологического процесса, этиологии и срокам их развития.

Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации по первичным диагнозам.

В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

Для проведения оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости необходимо располагать не только объективной информацией о заболеваемости, но и сведениями о количестве родов и детей, родившихся живыми, а также о числе пациентов, прошедших через отделения.

Анализ заболеваемости ВБИ должен проводиться с учетом:

- срока возникновения заболевания
- даты родов
- даты выписки или перевода в другой стационар
- перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение)
- длительности пребывания в стационаре.

Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно),

возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения
- анализ годового, месячного уровней заболеваемости
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям
- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии
- анализ оперативных вмешательств в родах и частоты ВБИ, связанных с ними
- определение соотношения легких и тяжелых форм
- распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки)
- определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости
- анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

При проведении анализа заболеваемости новорожденных следует дифференцировать ВБИ от внутриутробной инфекционной патологии.

Ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц позволяет выявить закономерности эпидемического процесса, основные источники инфекции, ведущие факторы передачи и является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном родильном доме (отделении).

Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ.

Наиболее значимыми источниками инфекции являются лица с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы).

По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекциями и проводится лечение.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ

Микробиологический мониторинг -важный параметр эпидемиологического надзора, преследующий цель определить этиологическую структуру ВБИ, выявить циркуляцию госпитального штамма и оценить качество противоэпидемического режима.

Микробиологический мониторинг осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями, оперативными отделами госсанэпиднадзора, дезинфекционными станциями.

Микробиологический контроль стерильности проводится лечебно-профилактическими учреждениями 1 раз в месяц, центрами госсанэпиднадзора или дезинфекционными станциями - 1 раз в квартал.

Исследованию подлежат:

- лекарственные формы для инъекций
- лекарственные формы для обработки слизистых оболочек и ухода за кожей новорожденных
- растворы для питья
- шовный материал
- перевязочный материал
- хирургические перчатки
- наборы для первичной и повторной обработок новорожденных
- материалы для новорожденных в стерилизационных коробках (биксах)
- материалы для операционной в стерилизационных коробках (биксах)
- индивидуальные комплекты для приема родов
- зонды, катетеры
- другие изделия медицинского назначения

Санитарно-бактериологические исследования объектов окружающей среды проводятся в следующих случаях:

- по эпидемиологическим показаниям
- при неудовлетворительном соблюдении санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в акушерском стационаре (на усмотрение центров госсанэпиднадзора)
- с целью контроля качества заключительной дезинфекции перед открытием

акушерского стационара, закрывавшегося в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой.

При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорожденных и родильниц необходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные во время пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детской поликлиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургических отделений.

Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 часов передаются в территориальные центры госсанэпиднадзора для последующей информации акушерских стационаров.

Данные бактериологического обследования новорожденных и родильниц с диагнозом ВБИ, а также медицинского персонала (больных и носителей) в совокупности с результатами санитарно-бактериологических исследований позволяют определить штаммы микроорганизмов, циркулирующих в стационаре.

Выявлению госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ способствуют данные внутривидового типирования, определение эпидемиологических маркеров: серо-, био- или фаговаров, плазмидного профиля, антибиотикограммы. Выявление спектра доминирующих в патологии возбудителей, своевременное выявление смены микроорганизмов, ответственных за ВБИ, позволит вносить коррективы в сложившуюся систему профилактических и противоэпидемических мероприятий, предупредить вспышки, обеспечивать снижение заболеваемости ВБИ.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП И ФАКТОРОВ РИСКА

Поскольку большинство возбудителей ВБИ относятся к условно патогенным микроорганизмам, проявляющим свои свойства на фоне снижения неспецифических защитных сил организма, важное значение приобретает определение групп риска среди новорожденных и родильниц.

Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

- с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями
- с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами
- с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения при предыдущих беременностях, привычное невынашивание и др.)
- после оперативного родоразрешения, особенно кесарева сечения
- с кровотечениями в послеродовом периоде
- с анемией.

К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

- недоношенные

- перенесенные
- родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности
- после оперативного родоразрешения, особенно кесарева сечения
- с врожденными аномалиями развития
- с родовой травмой
- с синдромом дыхательных расстройств
- с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах
- родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией и др.

Дети, относящиеся к контингентам риска, нуждаются в особо тщательном медицинском наблюдении и назначении препаратов, стимулирующих неспецифические защитные силы организма. Частоту ВБИ существенно снижает назначение антибиотиков, в частности, бифидумбактерина.

К факторам риска возникновения ВБИ у новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (инъекции, трансфузии, катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, взятие крови, пункции, эндоскопические исследования), искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур.

При абдоминальном родоразрешении (кесарево сечение) важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

Факторы риска необходимо учитывать при осуществлении эпидемиологического надзора и проведении мер борьбы с ВБИ. В каждом случае необходимо строго обосновывать целесообразность проведения тех или иных процедур, особенно инвазивных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОСЫЛОК И ПРЕДВЕСТНИКОВ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Осложнению эпидемиологической обстановки могут способствовать две группы факторов (предпосылок). Одна из них связана с санитарно-техническим состоянием стационара, другая - с организацией работы и контингентом лиц, поступающих на роды.

К первой группе относятся:

- недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом, лекарствами

- недостаточный набор и площади помещений, перекрест технологических потоков

- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции

- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении

- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств и т.д.

Вторая группа предпосылок включает:

- перегрузку стационара

- нарушение цикличности заполнения палат

- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары.

При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и центров госсанэпиднадзора. Принимаются меры по устранению нарушения. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В ходе оперативного анализа важно своевременно выявить предвестники осложнения эпидситуации в стационаре:

- изменение уровня заболеваемости (рост) ВБИ новорожденных

- рост заболеваемости родильниц

- рост ВБИ после оперативных пособий в родах

- изменение в структуре заболеваемости по локализации патологического процесса, появление случаев с множественной локализацией

- изменение этиологической структуры заболеваемости, выделение преимущественно одного вида возбудителя

- изменение в соотношении легких и тяжелых форм. Рост тяжелых форм свидетельствует, как правило, о существенном недоучете легких форм и (или) возникшем эпидемиологическом неблагополучии

- преобладание одной из клинических форм в структуре ВБИ новорожденных или родильниц, появление генерализованных форм

- возникновение 2 и более случаев заболеваний, связанных между собой

- рост заболеваемости гнойно-воспалительными и другими инфекциями среди

медицинского персонала

- возрастание числа диагнозов "внутриутробная инфекция".

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

При невозможности устранения предпосылок и предвестников осложнения эпидемиологической ситуации ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Анализ всей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные об особенностях эпидемического процесса внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обуславливающих заболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплекс эффективных противоэпидемических мероприятий.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР БОРЬБЫ И ПРОФИЛАКТИКИ

Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в родильном доме. Оцениваться может как комплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельных мероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы, испытании отдельных методик и препаратов.

Данные эпидемиологического надзора являются основой для планирования и проведения эффективной, научно обоснованной системы профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение ВБИ в акушерских стационарах.

Начальник Департамента
Госсанэпиднадзора
Минздрава России
А.А.Монисов

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинская

Приложение 3

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПЕРЕВОДУ ЗАБОЛЕВШИХ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ

Показания к переводу	Сроки перевод
1. Новорожденные, имеющие инфекционные заболевания (из физиологического и обсервационного отделений).	В день установления диагноза
2. Новорожденные при подозрении на хирургическую патологию, требующую экстренной помощи (атрезия пищевода, атрезия ануса, диафрагмальная грыжа и др.)	Срочно
3. Критические состояния, обусловленные дыхательной, сердечно-сосудистой, отделением реанимации надпочечниковой недостаточностью, поражением центральной нервной системы, метаболическими нарушениями.	По согласованию с зав. после консультации врача-
4. Гемолитическая болезнь новорожденного (при отсутствии круглосуточного дежурства врача-неонатолога в акушерском стационаре).	Срочно
5. Недоношенные новорожденные азаниям - с экстремально низкой массой тела в любом возрасте, (менее 1000 г) в от - с очень низкой массой тела обязательно (1000 г -	По экстренным пок - но после 168 часо рождения -

менее 1500 г) (для всех групп детей)
- с массой тела 1500 г - 2000 г

6. Новорожденные, которым проводится В возрасте не позднее
длительная искусственная вентиляция 168 часов от рождения
легких.

Противопоказаниями к переводу в отделения детских больниц являются:

- грубый порок развития
- наследственные и хромосомные заболевания, не нуждающиеся в срочном лечении.

В наблюдательном отделении акушерских стационаров находятся и поступают в него:

- дети, родившиеся в этом отделении
- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное
- дети, родившиеся вне родильного дома (роды в машине "скорой помощи", роды на дому и т.д.)
- новорожденные, переведенные из родильного блока с клиникой врожденного везикулопустулеза
- родившиеся с видимыми врожденными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении
- "отказные" дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка.

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинская

Приложение 4

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
26 ноября 1997 года N 345

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ПРИЕМУ И ПЕРЕВОДУ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

1. Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы, имеющие:

1.1. лихорадочное состояние (температура тела 37,6 градусов С и выше без клинически выраженных других симптомов),

1.2. длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 часов и более до поступления в стационар),

1.3. инфекционную патологию, в том числе:

- воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия - 10 в пятой степени КОЕ/мл мочи и более)

- воспалительные заболевания другой локализации (хронический бронхит в стадии обострения, пневмония, отит и др.)

- острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.)

- кожные заболевания инфекционной этиологии

- инфекционные процессы родовых путей (кольпит, цервицит, кондиломы)

- инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея)

- инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и меньшей эпидемиологической опасностью для медицинского персонала (токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, генитальный герпес и т.п.)

- туберкулез (закрытая форма любой локализации при отсутствии специализированного стационара).

Беременных рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы наблюдательного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный диспансер.

1.4. внутриутробную гибель плода,

1.5. для прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям во втором триместре беременности,

- 1.6. злокачественные новообразования,
 - 1.7. аномалии развития плода, выявленные во время беременности (при отсутствии специализированного стационара),
 - 1.8. родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов),
 - 1.9. необследованные и при отсутствии медицинской документации.
2. Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:
- 2.1. повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 градусов С и выше (при трехкратном измерении через каждый час),
 - 2.2. лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 градусов С), продолжающуюся более 1 суток;
 - 2.3. послеродовое воспалительное заболевание (эндометрит, раневую инфекцию, мастит и др.),
 - 2.4. проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная, вирусная инфекция, ангина, герпес и др.).
3. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят родильницу.
4. Беременные, роженицы и родильницы, страдающие инфекционными заболеваниями, подлежат госпитализации и переводу в соответствующие инфекционные больницы.
5. При выявлении у беременной, роженицы или родильницы гнойно-воспалительного процесса, в связи с которым ее дальнейшее пребывание в акушерском стационаре представляет эпидемиологическую опасность, женщина подлежит переводу в специализированный стационар соответствующего профиля.
6. В наблюдательном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинская

Приложение 5

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОТБОРУ И ПОРЯДКУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ (ПАЛАТУ) ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Стационар дневного пребывания организуется для госпитализации беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно-диагностическая помощь в дневное время.

Отбор беременных в дневные стационары зависит от мощности лабораторно-диагностической службы учреждения, наличия врачей различных специальностей, социально-демографических особенностей регионов и местных условий.

Беременные, страдающие экстрагенитальными заболеваниями, могут быть госпитализированы в дневные отделения больниц соответственно профилю заболевания.

В связи с указанным данная Инструкция носит рекомендательный характер.

ПОКАЗАНИЯ К ОТБОРУ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Госпитализации в стационар дневного пребывания подлежат беременные:

- с вегето-сосудистой дистонией и гипертонической болезнью I стадии в I и II триместрах беременности
- с обострением хронического гастрита
- с анемией со снижением гемоглобина не ниже 90 г/л
- с другими экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в диагностическом обследовании (при подозрении на порок сердца, для уточнения характера патологии мочевыделительной системы и др.) и лечении
- с ранним токсикозом при отсутствии или при наличии транзиторной кетонурии

- с водянкой беременных без выраженных отеков
- для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови
- для обследования и лечения беременных с резус-конфликтом в I и II триместрах беременности
- для оценки состояния плода
- для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность
- в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания
- с угрозой прерывания в I и II триместрах беременности при отсутствии привычных выкидышей в анамнезе и сохраненной шейке матки
- при выписке из стационара после наложения швов на матку по поводу истмико-цервикальной недостаточности
- с другими акушерскими осложнениями, не требующими круглосуточного наблюдения врача
- для проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных высокого риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности
- для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия и др.)
- для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре
- с неблагоприятными бытовыми и социальными условиями.

При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная должна быть незамедлительно переведена в соответствующее отделение стационара.

Направление на госпитализацию осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации. Для госпитализации выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной и родильницы (ф. N 111/у) или, при сроке беременности свыше 28 недель, обменная карта (ф. N 113/у)

При поступлении в отделение дневного пребывания беременности (ОДПБ) беременная предъявляет паспорт, направление на госпитализацию с указанием диагноза, выписку из индивидуальной карты беременной и родильницы (ф. N 111/у) или обменную карту беременной (ф. N 113/у).

Первичный прием (оформление) осуществляется в приемно-смотровом

отделении акушерского стационара после осмотра врачом.

На каждую женщину, поступившую в ОДПБ, в приемно-смотровом отделении заполняют историю родов (ф. N 96/у), производится соответствующая запись в журнале приема беременных (ф. N 002/у) и в алфавитную книгу.

В ОДПБ соблюдается санитарно-гигиенический режим в соответствии с действующими нормативными документами для соматических стационаров.

Набор медицинского оборудования, инструментов и лекарственных средств в ОДПБ такой же, как в отделении патологии беременных.

Питание беременных организуется в пищеблоке медицинского учреждения, в составе которого находится стационар дневного пребывания.

Организация работы ОДПБ осуществляется в соответствии с [приложением 1 "Положение о стационаре \(отделении, палате\) дневного пребывания в больницах и дневного стационара в поликлинике" к приказу Минздрава N 1278 от 16.12.87 "Об организации стационара \(отделений, палат\) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому"](#).

Примерный распорядок дня ОДПБ:

8.00 - 8.30 поступление в стационар.

8.30 - 9.15 Завтрак.

9.15 - 12.00 Врачебный обход, выполнение назначений.

12.00 - 12.30 Второй завтрак.

12.30 - 14.00 Выполнение дневных назначений, отдых беременных.

14.00 - 14.45 Обед.

14.45 - 17.00 Отдых беременных.

17.00 - 18.00 Освобождение отделения, уборка.

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинская

Приложение 6

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
26 ноября 1997 года N 345

ИНСТРУКЦИЯ

ПО РАССЛЕДОВАНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ ГРУППОВЫХ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И РОДИЛЬНИЦ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.

2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится лечебно-профилактическими учреждениями и территориальными центрами госсанэпиднадзора.

Родильный дом (отделение) закрывается по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке посылается внеочередное донесение в Минздрав России.

3. При возникновении групповых заболеваний:

3.1. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами территориального центра госсанэпиднадзора и госпитальным эпидемиологом с участием врачей, дезинфекциониста, врача по коммунальной гигиене, неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

3.2. Прекращается прием беременных и рожениц в родильный дом (отделение).

3.3. Развертывается экстренно резервное помещение для приема рожениц и беременных.

3.4. Определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

4. В процессе расследования групповой заболеваемости проводится:

4.1. Анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц в данном и функционально связанных с ним учреждениях:

- во время вспышки

- за месяц, предшествующий возникновению групповых заболеваний

- при необходимости - за более длительный период времени.

4.2. Изучение особенностей клинического течения ВБИ новорожденных и родильниц.

4.3. Изучение этиологической структуры ВБИ и характеристик выделенных возбудителей.

4.4. Выяснение этиологической структуры ВБИ и изучение инфекционной заболеваемости (носительства) медицинского персонала и родильниц.

4.5. Анализ данных санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды в учреждении.

4.6. Выявление источников инфекции.

4.7. Определение ведущих факторов передачи и условий, способствующих возникновению групповых заболеваний.

4.8. Разработка и реализация комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний.

5. Анализ заболеваемости ВБИ в акушерском стационаре базируется на:

- материалах официальной регистрации случаев инфекционных заболеваний ("Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививки" - ф. N 058/y, журнал учета инфекционных заболеваний - ф. N 060/y)

- результатах изучения историй родов (ф. N 096/y) и историй развития новорожденных (ф. N 097/y)

- результатах изучения журналов отделения (палат) для новорожденных (ф. N 102/y) и журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. N 008/y)

- информации о заболеваемости, поступающей из детских поликлиник и больниц, женских консультаций, гинекологических и хирургических отделений больниц для взрослых

- протоколах (картах) патологоанатомических исследований (ф. N 013/y)

- результатах прижизненных и посмертных исследований умерших за последние 1-3 месяца, данных ЗАГСа об умерших новорожденных и родильницах.

Представление о масштабах групповых внутрибольничных заболеваний дают данные клинического и, при показаниях, бактериологического обследований всех новорожденных в стационаре и выписанных на участок в течение одной недели, предшествующей появлению первых случаев заболеваний. Выявленные больные госпитализируются в стационар.

6. При изучении особенностей клинического течения ВБИ новорожденных

учитывают:

- начало заболевания (по типу гастроэнтерита - при пищевом пути передачи; более медленное развитие клинических проявлений - при контактно-бытовой передаче; возникновение тяжелых септических форм через одни- двое суток после рождения - при массивном заражении во время обработки пупочной раны и т.д.)

- соотношение тяжелых и легких форм клинического течения (преобладание среднетяжелых и тяжелых форм при пищевом пути передачи, связанном с жидкими лекарственными формами и искусственным вскармливанием; более легкое течение - при контактно-бытовом пути передачи)

- соотношение генерализованных и малых форм ВБИ.

7. Для изучения этиологической структуры ВБИ и характеристики выделенных возбудителей проводятся исследования:

- материала из закрытого патологического фокуса (наиболее достоверные результаты)

- отделяемого патологического очага (с количественным определением возбудителя)

- выделений (моча, фекалии, мокрота) в зависимости от клинических проявлений

- крови (при явлениях септицемии, сепсиса)

- ликвора (при менингеальных явлениях)

- материала от лиц, общавшихся с больными.

Следует проводить внутривидовое типирование выделенных микроорганизмов с определением сероваров, фаговаров, антибиотикограмм и определение плазмидного профиля. Данные о моно- и политипаже возбудителей значительно облегчают решение вопроса о путях и факторах передачи.

8. Изучение инфекционной заболеваемости у медицинского персонала проводится за 1-3 месяца по:

- фактам нетрудоспособности

- табелям учета рабочего времени

- данным диспансерного наблюдения.

8.1. Во время вспышки ВБИ с целью выявления источников инфекции среди медицинского персонала проводится клиническое и бактериологическое обследование.

8.2. При стафилококковой этиологии вспышки (золотистый стафилококк)

проводится обследование медицинского персонала на носительство стафилококка на слизистых передних отделов носа, при стрептококковой инфекции исследуются мазки из зева.

При заболеваниях, вызванных грамотрицательными бактериями, важное значение приобретают исследования, направленные на выявление лиц с вялопротекающей почечной патологией (пиелонефриты) и кишечными заболеваниями.

При вспышке сальмонеллезов и других кишечных инфекций проводится бактериологическое исследование фекалий.

При вспышках, обусловленных грибами рода кандиды, обследованию подвергается отделяемое носоглотки.

9. При расследовании вспышки составляют пофамильные списки:

- больных и умерших во время групповых инфекционных заболеваний в акушерском стационаре (табл.1 приложения 6)

- новорожденных и родильниц, контактных с заболевшими и умершими (табл.2 приложения 6)

- новорожденных и родильниц, переболевших за период не менее чем за 1-3 месяца до возникновения вспышки (табл.3 приложения 6)

- медицинского персонала, переболевшего за 1-3 месяца до вспышки (табл.4 приложения 6).

10. Выявление источников инфекции при групповых заболеваниях проводят на основании данных клинического и микробиологического обследования медицинского персонала, родильниц и новорожденных.

11. Во время групповых заболеваний расширяются масштабы санитарно-бактериологических исследований на патогенные и условнопатогенные микроорганизмы с учетом эпидемиологической значимости объектов и предполагаемого этиологического фактора (таблица 5 приложения 6).

Выявлению конкретных путей и факторов передачи способствуют данные внутривидового типирования выделенных возбудителей.

12. Заключение о типе вспышки (пищевая, контактно-бытовая, водная), ведущих путях (пищевой, контактно-бытовой) и факторах передачи (лекарственные формы, пастеризованное молоко, молочные смеси, инструменты, аппаратура, руки и т.д.) делается на основании обследования новорожденных, родильниц и медицинского персонала, сопоставления данных санитарно-бактериологического исследования объектов окружающей среды, с учетом материально-технического оснащения родильного дома, санитарно-гигиенического состояния и противоэпидемического режима его подразделений и подготовленности персонала по вопросам профилактики ВБИ.

13. Следует выявить условия, способствующие возникновению данных

групповых заболеваний. В числе их могут быть:

- несвоевременная изоляция и перевод больных
- лечение малых форм ВБИ в акушерском стационаре
- нарушение цикличности заполнения палат
- нарушение в работе централизованного стерилизационного отделения, аптеки, молочной комнаты, дезинфекционных камер
- использование нестерильного белья
- перебои в снабжении бельем, нарушения в работе прачечной
- несоблюдение медицинским персоналом санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и требований
- аварийные ситуации в системе водоснабжения, канализации, вентиляции, электросети
- недостаточная обеспеченность моющими, дезинфицирующими и стерилизующими средствами
- несоответствие количества родов мощности стационара
- низкая материально-техническая оснащенность родильного дома (отделения).

14. На основании анализа заболеваемости ВБИ новорожденных, их этиологической структуры, особенностей клинического течения, условий, способствующих возникновению групповых заболеваний, биологической характеристики штаммов, циркулирующих в стационаре, делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний.

15. При групповых заболеваниях кишечными инфекциями с профилактической целью всем контактным новорожденным детям целесообразно назначать бифидумбактерин (в течение 8-10 дней по 5 доз 2 раза в день) или другие пробиотики. Курс приема препарата заканчивается в амбулаторных условиях.

При групповых заболеваниях респираторными инфекциями всем контактным детям назначают интерферон по 2 капли в нос через 4 часа в течение 3-4 дней.

16. В предложенном комплексе мероприятий по ликвидации групповых заболеваний должны найти отражение требования по устранению выявленных нарушений в работе акушерского стационара и предложения по предотвращению эпидемиологических осложнений в дальнейшем.

Окончательное донесение о результатах расследования вспышки с указанием принятых мер представляется в Минздрав России не позднее чем через 15 дней после окончания расследования (приказ Минздрава России от 31.12.96 N 433 "О внеочередных донесениях").

Начальник Департамента
Госсанэпиднадзора
Минздрава России
А.А.Монисов

Начальник Управления
охраны здоровья матери и
ребенка Минздрава России
Д.И.Зелинская

Приложения 6

СПИСОК ЗАБОЛЕВШИХ И УМЕРШИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ГРУППОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ (ОТДЕЛЕНИИ)

Табл
ица 1

Результаты		История болезни,	Даты	Отделение	Диагноз:
Ф.И.О.	родов	первичный,	пала-	N	пос-
выписки	заболе-	госпи-	заклучи-		исследований
пп	(разви-	ты	туп-		вижения
вания	тали-	тельный и			(пере-
вода),	заци	патолого-	дата		указать исс-
	ворож-				
ми-	забора	лени	смерти		анато
	лед.материал и				
	денного)				
	ческий	матер.	возбудитель		

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13			

СПИСОК И РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВорожденных И РОДИЛЬНИЦ, КОНТАКТНЫХ С ЗАБОЛЕВАШИМИ

Таблица 2

№	Ф.И.О.	История родов	Дата	Отделение, бактериологического исследования	Результат				
1	9	2	10	3	4	5	6	7	8

СПИСОК И РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВорожденных И РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ЗА 1 МЕСЯЦ ДО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГРУППОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Материал			результаты			число		
в 1 куб.м			1 куб.м			титров		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	17	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26						

Продолжение таблицы 5

Материалы на			Химический контроль					
стерильность			дез. растворы			сухие		
место	кол-во	из них	дата и	кол-во	из них с	дата и	кол-во	из них с
отбора	проб	поло-	место	проб	содержани-	место	проб	содержани-
мате-	проб	женным	отбора		ем хлорак-	мате-		тивных ве-
отбора		жит.	отбора		тивных ве-	отбора		ществ
риала		результ-			ществ	риала		
		ных веществ						
		титров						

Примечание:

1. В графах 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20 дается полная расшифровка выделенного возбудителя с указанием рода, вида, серо- или фаговара
2. В графах 14, 17, 18, 24, 25, 26 вносятся результаты по каждой пробе с положительным результатом.

