ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский институт

Кафедра гигиены, общественного здоровья и здравоохранения

Санитарно-эпидемиологические требования к организации режима в акушерском стационаре.

Учебно-методическое пособие для студентов

(VII семестр)

г. Пенза, 2005.

Информационный лист:

Учебно-методическое пособие “Санитарно-эпидемиологические требования к организации режима в акушерском стационаре” подготовлено кафедрой гигиены, общественного здоровья и здравоохранения Пензенского государственного университета (заведующий кафедрой, к.м.н. Дмитриев А.П.).

В составлении принимали участие: к.м.н. Баев М.В., к.м.н. Полянский В.В.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с “Программой по “ГИГИЕНА” для студентов лечебных факультетов высших медицинских учебных заведений”, разработанной Всероссийским учебно-научно-методическим Центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России и утвержденной Начальником Управления учебных заведений Минздрава РФ Н.Н. Володиным в 1996 г.

Данное Учебно-методическое пособие подготовлено для студентов для самостоятельной подготовки к практическому занятию по указанной теме.

*Рецензент:*

Кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии Рязанского государственного медицинского университета им акад. И.П. Павлова О.В. Дмитриева.

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

В родильном доме (отделения) 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. В состав комиссии входят заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, фармацевт.

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.

Порядок приема персонала на работу

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. К работе не допускаются лица с неактивными изменениями в легких туберкулезного характера.

Обследование персонала на условно патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка при приеме на работу и в процессе профессиональной деятельности в плановом порядке не проводится.

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

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.

Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах

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

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.

Открытие стационара, закрывавшегося по эпидпоказаниям, допускается только после получения отрицательных результатов лабораторного контроля окружающей среды и разрешения центров госсанэпиднадэора. В случаях планового закрытия обследование объектов окружающей среды не проводится, разрешение органов ГСЭН на открытие не требуется.

Сроки выписки из родильного дома определяются состоянием здоровья матери и ребенка, социально-бытовыми условиями семьи. 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. Выписка после оперативного родоразрешения, в том числе кесарева сечения, проводится по клиническим показаниям.

Необходимо осуществлять патронаж ребенка на дому в течение первых суток после выписки из стационара участковым педиатром с последующим патронажем участковой медицинской сестрой. Аналогично патронажу новорожденных на дому, врач акушер-гинеколог женской консультации (в зоне обслуживания ФАП - акушерка) осуществляет двукратный активный патронаж родильниц на дому (на 2-З 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.

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

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).

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.

Основные правила организации основных структурных подразделений акушерского стационара

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.

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки - дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживается. После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения.

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.

Использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме.

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

Приемно-смотровое отделение

При поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделение. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

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.

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

* 0,5% спиртовой (в 70% этиловом спирте);
* 1% раствор йодопирона (по активному йоду);
* 0,5% раствор хлорамина;
* другими кожными антисептиками, разрешенными для этих целей.

Родовое отделение

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. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживаются дезинфицирующим раствором.

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

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. При наличии двух родильных залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них в течение суток. 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.

Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции. При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.

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.

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

Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводится во время первичного туалета новорожденного закапыванием в конъюктивальный мешок 2% раствора нитрата серебра или 20% раствора сульфацила натрия или закладыванием на нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10 000 ед в 1 г. Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли).

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 способствуют более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению широкого комплекса факторов неспецифической защиты организма.

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

Утилизация последов может осуществляться следующими способами:

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

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 каждых родов.

Послеродовое физиологическое отделение

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

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.

После выписки родильниц в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

Отделение новорожденных

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

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.

Перед обработкой и пеленанием каждого новорожденного персонал должен мыть руки с двукратным намыливанием. При уходе за новорожденными используют стерильное белье; нормативным является наличие 20-25 пеленок на одного новорожденного в сутки. 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.

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

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

После выписки детей постельные принадлежности подвергаются камерной дезинфекции. В палате (боксе) проводится уборка по типу заключительной дезинфекции.

Комната для сбора, пастеризации и хранения грудного молока

В послеродовых физиологических отделениях выделяются помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока. 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 обсервационного отделения сбору не подлежит.

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. 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.

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

**Послеродовое физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка**

Совместное пребывание родильницы и новорожденного в палате послеродового отделения родильного дома имеет преимущества перед раздельным 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 обсервационном отделении.

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

Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим отделения соответствует режиму физиологического отделения с раздельным пребыванием.

Обсервационное отделение

В обсервационном отделении противоэпидемический режим должен соблюдаться особенно тщательно.

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

Сцеженное родильницами обсервационного отделения молоко для докармливания новорожденных не используется.

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 обсервационном отделении в специально выделенной палате, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения. 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.

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.

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). 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.

Проводится повторное обследование лиц, принимавших роды у ВИЧ-инфицированной роженицы и осуществлявших уход за родильницей и новорожденным, через 6 месяцев после их выписки. При аварийных ситуациях контактным с ЫВИЧ-инфицированным материалом 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.

После выписки родильниц и новорожденных (освобождение палаты) проводится заключительная дезинфекция с обязательной камерной обработкой постельных принадлежностей.

Правила стирки белья и обработки обуви

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, в также отдельное оборудование для его стирки. Не допускается использование синтетических моющих средств для стирки белья новорожденного.

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

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

После выписки женщины из родильного дома или перевода ее в другое отделение обувь (тапочки), выданную ей при поступлении, подвергают обязательной дезинфекции в дезинфекционной камере по параформалиновому способу или раствором формалина 10%.

Принципы организации профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

Эпидемиологический надзор за 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 и организация проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий в акушерских стационарах 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.

Анализ заболеваемости ВБИ должен проводиться с учетом:

- сроков 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 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 их лечение.

*Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации у новорожденных в качестве ВБИ:*

- конъюнктивит и дакриоцистит

- пиодермия

- флебит пупочной вены

- панариций, паронихия

- омфалит

- отит

- импетиго (пузырчатка), пемфигус, везикулопустулез

- псевдофурункулез

- мастит

- энтероколит

- пневмония

- абсцесс, 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.

*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 центров 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 и 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 неблагополучной эпидемиологической обстановкой.

Предпосылки и предвестники эпидемиологического неблагополучия по ВБИ

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.

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:

* рост заболеваемости ВБИ новорожденных или (и) 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 зпидемиологической ситуации ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

**Показания к приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в обсервационное отделение акушерского стационара**

*Приему в обсервационное отделение подлежат беременные и роженицы, имеющие:*

* лихорадочное состояние (температура тела 37,6 градусов С и выше без клинически выраженных других симптомов);
* длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 часов и более до поступления в стационар);
* инфекционную патологию, в том числе: а) воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериоурия 105 КОЕ/мл мочи и более), б) 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, кондилломы);
* инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, D, 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 обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный диспансер;

* внутриутробную гибель плода;
* для прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям во втором триместре беременности;
* злокачественные новообразования;
* аномалии развития плода, выявленные во время беременности (при отсутствии специализированного стационара);
* родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов);
* необследованные и при отсутствии медицинской документации.

*Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:*

* повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 градусов С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
* лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 градусов С), продолжающуюся более 1 суток;
* послеродовое воспалительное заболевание (эндометрит, раневую инфекцию, мастит и др.);
* проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная, вирусная инфекция, ангина, герпес и др.);
* в случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят родильницу.

Беременные, роженицы и родильницы, страдающие инфекционными заболеваниями, подлежат госпитализации и переводу в соответствующие инфекционные больницы.

При выявлении у беременной, роженицы или родильницы гнойно-воспалительного процесса женщина подлежит переводу в специализированный стационар соответствующего профиля.

В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

**Показания к переводу заболевших новорожденных и недоношенных детей из акушерского стационара в соответствующие отделения детских больниц**

**| Показания к переводу | Сроки перевода |**

**|—————————————————————————————————————————————————|—————————————————————|**

**|1. Новорожденные, имеющие инфекционные |В день установления |**

**| заболевания (из физиологического и |диагноза. |**

**| обсервационного отделений). | |**

**| | |**

**|2. Новорожденные при подозрении на хирургическую |Срочно. |**

**| патологию, требующую экстренной помощи (атре- | |**

**| зия пищевода, атрезия ануса, диафрагмальная | |**

**| грыжа и др.). | |**

**| | |**

**|3. Критические состояния, обусловленные дыхате- |По согласованию с |**

**| льной, сердечно-сосудистой, надпочечниковой |зав. отделением реа- |**

**| недостаточностью, после консультации пораже- |нимации после консу- |**

**| нием центральной нервной системы, метаболи- |льтации врача-реани- |**

**| ческими нарушениями. |матолога. |**

**| | |**

**|4. Гемолитическая болезнь новорожденного (при |Срочно. |**

**| отсутствии круглосуточного дежурства врача- | |**

**| неонатолога в акушерском стационаре). | |**

**| | |**

**|5. Недоношенные новорожденные |По экстренным показа-|**

**| - с экстремально низкой массой тела |ниям - в любом возра-|**

**| (менее 1000 г) |сте, но после 168 ча-|**

**| - с массой тела 1500 г - 2000 г |сов от рождения - |**

**| - с очень низкой массой тела (1000 г - |обязательно (для всех|**

**| менее 1500 г) |групп детей) |**

**| | |**

**|6. Новорожденные, которым проводится длитель- |В возрасте не позднее|**

**| ная искусственная вентиляция легких. |168 часов от рождения|**

В **обсервационном отделении** акушерских стационаров находятся и поступают в него:

* дети, родившиеся в этом отделении;
* новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;
* 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.

Тестовые вопросы к занятию

"Планировка и режим работы в акушерском стационаре.

Планировка и режим работы в инфекционном отделении больницы."

1. Боксы предназначены для первоочередной госпитализации пациентов с:

а) капельными вирусными инфекциями (корь, ветряная оспа);

б) зоонозными инфекциями (бруцеллез, лептоспироз, ГЛПС);

в) кишечными инфекциями;

г) диагностических больных с неясным диагнозом;

д) дифтерией и скарлатиной.

2. Нормативная площадь приемно-смотрового бокса инфекционного отделения составляет:

а) 12м2; б) 16м2; в) 22м2 27м2.

3. Ответственность за организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в акушерском стационаре возлагается:

а) на заведующих отделениями; б) на госпитального эпидемиолога; в) на зам. главного врача по лечебной работе; г) на главного врача стационара; д) на территориальный центр госсанэпиднадзора.

3. При поступлении на плановое родоразрешение у беременной выявлена субфебрильная температура, расцененная врачом приемного отделения как составная часть проявлений системной аллергии. Данная женщина должна быть направлена:

а) в физиологическое отделение; б) в обсервационное отделение.

4. Рецептура С-4 (первомур; 2,4% концентрация) применяется для:

а) гигиенической дезинфекции рук персонала; б) хирургической обработки рук персонала; в) обработки операционного поля; г) родовых путей рожениц; д) кожи локтевого сгиба у доноров.

5. Обработка столовой посуды в инфекционном отделении проводится:

а) непосредственно в буфетной;

б) в специально выделенном помещении рядом с буфетной;

в) на пищеблоке стационара;

г) непосредственно в боксах и палатах больных.

6. Какие из нижеперечисленных исследований являются обязательными при проведении медицинских осмотров персонала акушерского стационара:

а) посев мочи на стерильность;

б) крупнокадровая флюорография органов грудной клетки;

в) исследование крови на малярию;

г) исследование крови на сифилис;

д) исследование крови на маркеры гепатитов В и С;

е) исследование на хламидиоз;

ж) исследование мазков на гонорею;

з) исследование мазка из зева на пиогенный стрептококк.

7. Кипячение металлических инструментов в дистиллированной воде в течение 30 минут является:

а) методом дезинфекции; б) методом предстерилизационной очистки; в) методом стерилизации.

8. Групповыми заболеваниями ВБИ в акушерском стационаре следует считать:

а) выявление генерализованной формы ВБИ и 2-3 случаев локализованных форм среди новорожденных, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;

б) выявление 5 и более случаев внутрибольничных инфекций новорожденных и медицинского персонала, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;

в) выявление 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.

9. Площадь бокса на 2 койки должна составлять:

а) 12 м2; б) 22 м2; в) 27 м2; г) 32м2.

10. При проведении в помещениях акушерского стационара уборки по типу заключительной дезинфекции бактерицидное ультрафиолетовое облучение проводят:

а) однократно до начала уборки;

б) однократно после окончания уборки;

в) дважды (после обработки дезинфицирующим средством и после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде;

г) кратность определяется заведующим отделением.

11. К инфекциям с высоким риском внутриутробного или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью инфицирования медицинского персонала относятся:

а) урогенитальный хламидиоз; б) ВИЧ-инфекция; в) синегнойная инфекция; г) сифилис; д) вирусный гепатит D; е) инфекционный мононуклеоз; ж) вирусный гепатит А; з) урогенитальный герпес.

12. Нормативное количество пеленок на одного новорожденного в сутки:

а) 5-8; б) 10-15; в) 20-25; г) 40-50.

13. К особенностям планировки детского неинфекционного отделения относятся:

а) прием больных осуществляется в приемно-смотровых боксах;

б) строгая изоляция палатных секций;

в) изоляция отделения от прочих подразделений многопрофильного стационара;

г) наличие выделенных помещений для занятий и игр;

д) выделение дополнительных коек для матерей;

е) более частое прохождение персоналом медицинского обследования.

14. Нормативная кратность микробиологического контроля стерильности инструментария и материала в акушерских стационарах, проводимого лабораториями лечебно-профилактических учреждений:

а) ежедневно; б) 1 раз в неделю; в) 1 раз в месяц; г) 1 раз в квартал.

15. На 3 сутки послеродового периода у одной из родильниц в физиологическом отделении были зарегистрированы клинические признаки краснухи. Данная женщина:

а) должна быть оставлена на месте;

б) должна быть переведена в обсервационное отделение;

в) должна быть переведена в инфекционный стационар;

г) вопрос о дальнейшем пребывании родильницы в физиологическом отделении решается консилиумом

16. Максимальное число коек в боксах и полубоксах инфекционного отделения:

а) 1 койка б) 2 койки; в) 3 койки; г) 7 коек; д) вместимость определяется решением решению главного врача стационара.

17. К предпосылкам осложнения эпидемической ситуации по ВБИ в акушерском стационаре относятся:

а) нарушение цикличности заполнения палат;

б) нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции;

в) вспышка гриппа на территории обслуживания;

г) перебои в поставке белья;

д) несвоевременный перевод больных ВБИ родильниц в соответствующие стационары;

е) повышенная заболеваемость краснухой на территории обслуживания.

18. В палатах обсервационного акушерского отделения ежедневная уборка с применением дезинфицирующих средств проводится:

а) не проводится; б) 5 раз в день; в) 3 раза в день; г) 2 раза в день; д) 1 раз в день.

19. Наиболее благоприятным вариантом планировки инфекционного отделения является:

а) однокоридорная односторонняя застройка;

б) однокоридорная двухсторонняя застройка;

20. При наличии в родильном доме гинекологического отделения пациентки с гинекологическими заболеваниями:

а) должны приниматься совместно с беременными, поступающими в обсервационное отделение;

б) прием гинекологических больных должен быть изолирован от беременных;

в) должны приниматься совместно с беременными, поступающими в физиологическое отделение.

21. К внутрибольничным инфекциям новорожденных относятся:

а) гнойный конъюнктивит;

б) флебит пупочной вены;

в) омфалит;

г) отит;

д) пневмония;

е) остеомиелит;

ж) везикулопустулез.

22. Нормативное число приемно-смотровых боксов в инфекционном отделении мощностью 60-100 коек составляет:

а) 1 бокс; б) 2 бокса; в) 3 бокса; г) 5 боксов; д) планируется из расчета 3% от числа коек в стационаре.

23. После пастеризации бутылочки с донорским молоком можно хранить в холодильнике:

а) не более суток; б) не более 20 часов; в) не более 12 часов.

24. При проведении микробиологического мониторинга состояния санитарно-противоэпидемического режима в стационаре объектами исследования являются:

а) лекарственные формы для обработки слизистых оболочек и ухода за кожей новорожденных;

б) индивидуальные комплекты для приема родов;

в) катетеры;

г) персонал (исследование на носительство St.aureus);

д) растворы для питья;

0е) хирургические перчатки.

25. К предвестникам осложнения эпидемической ситуации в акушерском стационаре относятся:

а) рост заболеваемости ВБИ новорожденных;

б) появление случаев ВБИ с множественной локализацией патологического процесса;

в) рост числа беременных с хронической воспалительной патологией мочеполового тракта, госпитализируемых в стационар;

г) рост частоты тяжелых клинических форм ВБИ;

д) перебои в снабжении стационара перевязочным материалом и бельем;

е) рост заболеваемости гнойно-воспалительными инфекциями среди медицинского персонала.

26. Активный патронаж родильниц после неосложненных родов осуществляется акушером-гинекологом женской консультации:

а) на следующий день после выписки;

б) на 2-З день после выписки;

в) на 7 сутки после выписки;

г) на 14 сутки после выписки;

д) кратность патронажа определяется состоянием женщины.

27. В многоэтажном инфекционном корпусе отделение для больных с воздушно-капельными инфекциями следует располагать:

а) на верхнем этаже; б) на нижнем этаже; в) по усмотрению администрации.

29. Для целей дезинфекции в акушерском стационаре используется глутаровый альдегид в концентрации:

а) 0,5%; б) 1%; в) 2,5%; г) 5%.

30. Камерная обработка постельных принадлежностей регламентирована для комплектов постельных принадлежностей:

а) из физиологического акушерского отделения;

б) из обсервационного акушерского отделения;

в) из гинекологического отделения;

г) после приема родов у ВИЧ-инфицированных женщин;

д) из всех отделений родильного дома.

31. В ходе медицинского наблюдения у беременной диагносцирована аденокарцинома желудка. Для родоразрешения ее следует госпитализировать:

а) в физиологическое отделение;

б) в обсервационное отделение.

32. При наличии в акушерском стационаре одного родильного зала его уборка по типу заключительной дезинфекции проводится:

а) ежедневно; б) один раз в три дня; в) один раз в неделю; г) один раз в месяц.