

**Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации**

ПРОЕКТ

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ**

**Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1-10**

Издание официальное

2010

**Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах.
Санитарно-эпидемиологические правила – СП 3.1-10.**

1. Разработаны: Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Г.Ф.Лазикова, Н.В.Фролова); ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (Е.П.Ковалёва, А.И.Заргарьянц, А.В.Тутельян); ФГУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора (Л.Г.Пантелеева, И.М.Абрамова); ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Росмедтехнологий (Е.Н.Байбарина, И.И.Рюмина, Ю.Н.Ермилов, Д.Н.Дегтярёв); ГОУ ВПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава (Л.П.Зуева, А.В.Любимова); ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора Н.Я.Жилина); Управление Роспотребнадзора по г. Москве (Е.П.Игонина); ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве» (И.А.Храпунова).

2. Рекомендованы к утверждению Комиссией по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол №__ от _____ 2010г.).

3. Утверждены и введены в действие с _____ 2010 г. постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г.Г. Онищенко от _____ 2010 г. №_____.

4. Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации _____ 2010 г., регистрационный номер _____.

5. Введены взамен приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345 от 26 ноября 1997 года «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

Федеральный закон Российской Федерации
«О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
№ 52-ФЗ от 30 марта 1999 г.

«Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - санитарные правила) - нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» (статья 55).

Термины и определения

1. Внутрибольничная инфекция (далее – ВБИ) представляет собой любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации (Европейское региональное бюро ВОЗ).

2. Внутриутробное инфицирование – проникновение инфекционного агента в организм плода в период внутриутробного развития или во время родов, позволяющее предполагать потенциальный риск реализации инфекционно-воспалительного процесса у ребенка в постнатальном периоде. Термин не должен использоваться в качестве диагноза.

3. Внутриутробная инфекция (далее – ВУИ) – любое клинически выраженное инфекционное заболевание микробного происхождения плода в результате его инфицирования в анте- или интранатальный периоды. В подавляющем большинстве случаев плод инфицируется от матери, в отдельных случаях (инвазивные вмешательства в период беременности,

фетальная хирургия) возможно ятрогенное инфицирование плода. К ВУИ относят также врожденные инфекции, при которых инфицирование плода произошло антенатально и к моменту рождения имеются клинические признаки инфекции.

4. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями - 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.

5. Микробиологический мониторинг - важный параметр эпидемиологического надзора, позволяющий определить этиологическую структуру ВБИ, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционно-стерилизационного режима, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия и своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия.

Содержание

Термины и определения.....	3
<u>1. Общие положения и область применения</u>	<u>6</u>
<u>5.3. Дезинфекция изделий</u>	<u>19</u>
<i>Приложение 1</i> (справочное). Библиографические данные	37
<i>Приложение 2</i> (справочное). Перечень регистрируемых нозологических форм заболеваний.....	39
<i>Приложение 3</i> . Порядок расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц.....	41
<i>Приложение 4</i> (таблица 1). Рекомендуемая кратность и виды уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара.....	45
<i>Приложение 4</i> (таблица 2). Список заболевших и умерших новорожденных детей во время групповых инфекционных заболеваний в родильном доме (отделении).....	49
<i>Приложение 4</i> (таблица 3). Список и результаты бактериологического обследования новорожденных и родильниц, контактировавших с заболевшими и умершими.....	49
<i>Приложение 4</i> (таблица 4). Список и результаты бактериологического обследования новорожденных и родильниц, переболевших за 1-3 месяца до возникновения групповых заболеваний.....	50
<i>Приложение 4</i> (таблица 5). Список и результаты бактериологического обследования медицинского персонала, переболевшего за 1-3 месяца до возникновения групповых заболеваний.....	50
<i>Приложение 4</i> (таблица 6). Результаты контроля стерильности и исследований объектов окружающей среды.....	51

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека
Главный государственный санитарный
врач Российской Федерации

Г.Г.ОНИЩЕНКО

« _____ » _____ 2010 г.
Дата введения: « _____ » _____ 2010 г.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1-10

1. Общие положения и область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - *санитарные правила*) разработаны в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 21, 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. 1), ст. 3418); Федеральным законом от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2001, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616); Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июня 1993 г. № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1998, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 10, ст. 1143; 1999, № 51, ст. 6289; 2000, № 49, ст. 4740; 2003, № 2, ст. 167; № 9, ст. 814; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; № 49, ст. 4850; 2005, № 10, ст. 763; № 52 (ч. 1), ст. 5583; 2006, № 1, ст. 10; № 6, ст. 640; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 21; № 31; № 43, ст. 5084; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616; № 45, ст. 5149), постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 39, ст. 3953), Положением о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2005, № 39, ст. 3953), постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2899; 2006, № 22, ст. 2337; № 52 (ч. III), ст. 5587).

1.2. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.3. Санитарные правила предназначены для родовспомогательных учреждений, независимо от их организационно-правовой формы.

1.4. Соблюдение санитарных правил является обязательным для индивидуальных предпринимателей, юридических и должностных лиц.

1.5. Надзор за выполнением настоящих санитарных правил осуществляют органы и учреждения, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

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

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

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

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

2.5. Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению

профилактических и санитарно - противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

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

Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – один раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год).
- исследования крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии у медицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

2.7. Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

2.8. Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.

2.9. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических воспалительных заболеваний к работе не допускается.

2.10. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в ф.25-у и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

3. Организация противоэпидемического режима

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

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

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

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

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

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

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

3.6. После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук (п. 5.8.3).

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

3.8. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности

подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

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

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

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

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

3.13. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств 2 раза в сутки. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в таблице 1 (Приложение 4).

3.14. Противозидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных используют инструменты и другие медицинские изделия предпочтительно однократного применения. При их отсутствии изделия медицинского назначения многократного применения подлежат дезинфекции по режиму, эффективному в отношении бактерий, грибов рода Кандида и вирусов, включая возбудителей парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

3.15. 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, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);
- соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
- свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
- убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;

- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;

- при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику ВИЧ-инфекции в соответствии с Приложением 4 СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций».

Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у роженицы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии и др. Санитарно - гигиенические мероприятия, текущая и заключительная дезинфекция должны выполняться особенно тщательно.

4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатального центра

4.1. Приемно - смотровое отделение

4.1.1. При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

4.1.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

4.2. Родовой блок

4.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер.

4.2.2. Разрешается использование матрасов и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

4.2.3. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы).

4.2.4. В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

4.2.5. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

4.2.6. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

4.2.7. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

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

4.2.9. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

4.2.10. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

4.2.11. Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

4.2.12. Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

4.2.13. Для профилактики инфекционных заболеваний глаз у новорожденного после пребывания на животе у матери используют эритромициновую и тетрациклиновую мази, 20% раствор сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствор нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

4.2.14. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

4.3. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка

4.3.1. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в наблюдационном отделении.

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

4.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

4.3.4. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

4.4. Отделение новорожденных

4.4.1. Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

4.4.2. 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.

4.4.3. Все изделия медицинского назначения многоразового использования, 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 в отдельных укладках. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного.

4.4.4. Для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

4.4.5. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе ВУИ) в отделении новорожденных и перевод их в наблюдационное отделение запрещается. Новорожденные с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

4.5. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока и приготовления, пастеризации, хранения молочных смесей

4.5.1. В акушерских стационарах предусматривается помещение (молочная комната) для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей. Кроме того, в перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

4.5.2. Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери.

4.5.3. При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

4.5.4. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации. Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30 - 50 мл (по 100 мл для перинатального центра) 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. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

4.5.5. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

4.6. Обсервационное отделение

4.6.1. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

4.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

- лихорадочное состояние (температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$ и выше без клинически выраженных других симптомов);
- инфекционная патология, в том числе:
 - острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
 - острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
 - ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
 - туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и 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 стационар;

- прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;
- внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
- отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
- роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

4.6.3. Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38°C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6°C), продолжающуюся более 1 суток;
- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

4.6.4. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

4.6.5. Переводу и госпитализации в наблюдательное отделение подлежат:

- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное;
- новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
- дети, родившиеся вне родильного дома.

4.6.6. Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

4.6.7. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

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

4.6.9. При необходимости перехода в наблюдательное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

4.6.10. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляться в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в

боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

4.7. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра

4.7.1. Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

4.7.2. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

4.7.3. В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.

4.7.4. Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

4.7.5. Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями раздела I. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювеза.

4.7.6. Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

4.7.7. Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем.

4.7.8. При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха входящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

4.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

4.7.10. ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

4.7.11. Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

5. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

5.1. Общие сведения

5.1.1. С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах регулярно проводят дезинфекционные мероприятия в виде уборок дезинфицирующими и моющими средствами, а также обеззараживание объектов внутрибольничной среды, которые могут участвовать в передаче инфекции. При проведении дезинфекции применяют химический, физический и комбинированный (сочетанный) методы.

5.1.2. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации допускается использование только дезинфекционных средств (ДС) (дезинфицирующих, моющих и стерилизующих) и оборудования (дезинфекционные камеры, распыливающие устройства, установки, бактерицидные облучатели, моечные машины, бактериальные фильтры, стерилизаторы, стерилизационные коробки, камеры с УФ-излучением для хранения простерилизованных изделий и т.д.), разрешенных в установленном порядке к промышленному выпуску (для отечественных средств и оборудования) и применению (для отечественных и зарубежных) в Российской Федерации.

5.1.3. В ЛПО должен быть не менее чем трехмесячный запас разнообразных дезинфекционных средств различного химического состава и назначения.

5.1.4. Для дезинфекции применяют средства, содержащие в качестве действующих веществ активный кислород (перекисные соединения и др.), катионные поверхностно-активные вещества, спирты (этанол, пропанол и др.), хлорактивные соединения, альдегиды, чаще всего в виде многокомпонентных рецептур, содержащих одно или несколько действующих веществ и функциональные добавки (антикоррозионные, дезодорирующие, моющие и др.) в соответствии с Инструкциями по их применению, утвержденными в установленном порядке.

5.1.5. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией (последовательная

замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант их другой химической группы) при необходимости.

5.1.6. При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности и индивидуальной защиты, указанные в Инструкциях по их применению. Приготовление растворов дезинфекционных средств, их хранение, применение для обработки объектов способом погружения следует проводить в специально выделенном помещении, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией.

5.1.7. Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием названия дезинфекционного средства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочего раствора, предельного срока его годности.

5.1.8. Хранение дезинфекционных средств допускается только в специально отведенных местах в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов.

5.1.9. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:

- изделия медицинского назначения;
- руки персонала;
- кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
- предметы ухода за больными;
- кувезы (инкубаторы);
- воздух в помещениях;
- выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.);
- постельные принадлежности;
- поверхности предметов и оборудования;
- медицинские отходы и др.

5.1.10. Стерилизации и предшествующей ей предстерилизационной очистке в акушерских стационарах подлежат изделия медицинского назначения многократного применения, которые при предстоящей манипуляции будут соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактировать со слизистой оболочкой с риском ее повреждения. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями.

5.2. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения

5.2.1. Между манипуляциями у пациента изделия медицинского назначения (далее – «изделия») подвергают 3 процессам: дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.

5.2.2. Дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения проводят в соответствии с действующим нормативными и инструктивно-методическими документами, регламентирующими применение конкретных средств, установок, стерилизаторов, вспомогательного дезинфекционного и стерилизационного оборудования и материалов в части условий осуществления обработки изделий, включая способы приготовления растворов, сроки использования и режимы применения средств, удаления их остатков с изделий, меры безопасности персонала при работе.

5.3. Дезинфекция изделий

5.3.1. Все изделия медицинского назначения подлежат дезинфекции сразу после применения у пациента.

Дезинфекция изделий направлена на профилактику внутрибольничного инфицирования пациентов и медицинских работников.

5.3.2. Дезинфекцию изделий осуществляют физическим, химическим или комбинированным методами по режимам, обеспечивающим гибель вирусов, бактерий и грибов.

5.3.3. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (желательно в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

5.3.4. Дезинфекцию изделий растворами химических средств проводят способом погружения в раствор, заполняя им каналы и полости изделий. Разъемные изделия обрабатывают в разобранном виде.

5.3.5. Для дезинфекции изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром действия в отношении вирусов, бактерий и грибов рода Кандида, легкоудаляемые с изделий после обработки, не влияющие на материалы и функциональные свойства изделий (средства на основе альдегидов, катионных поверхностно-активных веществ, кислородосодержащие средства, в том числе на основе надкислот, и др.).

5.3.6. Дезинфекция изделий может быть совмещена с их предстерилизационной очисткой в едином процессе при использовании средств, обладающих одновременно дезинфицирующими и моющими свойствами.

5.4. Предстерилизационная очистка изделий

5.4.1. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных отделениях (ЦСО), при отсутствии централизованных стерилизационных этот процесс обработки осуществляют

в отделениях ЛПО в специально выделенных помещениях.

5.4.2. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства).

5.4.3. Предстерилизационную очистку осуществляют ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

5.4.4. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают по отсутствию положительных проб на:

- наличие крови путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы;
- наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) путем постановки фенолфталеиновой пробы.

5.5. Стерилизация изделий

5.5.1. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях ЛПО в специально выделенных помещениях.

5.5.2. Стерилизации подвергают все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью (в организме пациента или вводимой в него) и инъекционными препаратами, а также изделия, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

5.5.3. Стерилизацию осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный), химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами. Для этих целей используют паровые, воздушные, инфракрасные, газовые и плазменные стерилизаторы, выполняя стерилизацию по режимам, указанным в инструкции по эксплуатации конкретного стерилизатора, разрешенного для применения.

5.5.4. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации.

5.5.5. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

5.5.6. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

- при использовании растворов химических средств (как правило применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие, официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации);

- при стерилизации металлических инструментов термическими методами (инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

5.5.7. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 часов.

Категорически запрещается использовать камеры с ультрафиолетовыми лампами для дезинфекции и стерилизации изделий.

5.5.8. При стерилизации растворами химических средств используют стерильные емкости. Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия не должны содержать видимой влаги. После стерилизации все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики. Изделия промывают стерильной питьевой водой, налитой в стерильные емкости, согласно рекомендациям инструктивных/методических документов по применению конкретных средств. Промытые стерильные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

5.5.9. Шовный материал должен быть простерилизован в упакованном виде предприятием-изготовителем.

Категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

5.5.10. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку её эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами.

Контроль работы стерилизаторов физическим и химическим методами

проводят при каждом цикле стерилизации.

5.5.11. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

5.5.12. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб в соответствии с договорами.

5.5.13. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.6. Дезинфекция куветов (инкубаторов)

5.6.1. Дезинфекцию куветов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию куветов.

5.6.2. Для дезинфекции куветов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

5.6.3. Дезинфекцию наружных поверхностей куветов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

5.6.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят перед поступлением ребенка.

5.6.5. Обработку куветов проводят после перевода новорождённого или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку куветов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувета, прилагаемой к конкретной модели.

5.6.6. Перед обработкой кувета его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувета, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувет поступает воздух.

5.6.7. Дезинфекцию поверхностей куветов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

5.6.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.

Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают бидистиллированной водой.

5.7. Подготовка к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры

5.7.1. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

5.7.2. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

5.8. Обеззараживание кожных покровов

В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

5.8.1. Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

5.8.2. Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов – только стерильные.

5.8.3. Гигиеническая обработка рук.

Гигиеническая обработка рук предусматривает два способа:

- мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов (гигиеническое мытье рук);
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня (гигиеническая обработка рук).

Выбор способа обработки рук зависит от степени и характера загрязнений.

5.8.3.1. Для мытья рук используют жидкое мыло (с помощью дозатора или диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой) однократного использования.

5.8.3.2. Для обеззараживания рук используют спиртосодержащие и другие, разрешенные к применению антисептики.

5.8.3.3. Гигиеническую обработку рук антисептиком проводят без их предварительного мытья путем втирания в кожу кистей рук антисептика. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. При использовании дозатора новую порцию антисептика наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания.

Используют также антисептики, в том числе гели в индивидуальной упаковке (флаконы небольшого объема), которые после использования утилизируют.

5.8.4. При загрязнении рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

5.8.5. Использование перчаток.

5.8.5.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

5.8.5.2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

5.8.5.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

5.8.6. Обработка рук хирургов.

5.8.6.1. По этой технологии обеззараживают руки акушерок, хирургов и других специалистов, участвующих в приеме родов,

проведении оперативных вмешательств и других манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек. Обработка проводится в два этапа: мытье рук (включая предплечья) мылом и водой в течение двух минут (I этап), а затем, после высушивания стерильным полотенцем (салфеткой), обработка антисептиком кистей рук и предплечий (II этап).

5.8.6.2. Количество кожного антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в Инструкции по применению конкретного средства. Стерильные перчатки надевают после полного высыхания антисептика.

5.8.7. Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии и др.), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

5.8.8. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови.

5.8.9. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

5.8.10. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

5.9. Дезинфекция объектов больничной среды

5.9.1. В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки.

Виды уборок и кратность их проведения представлены в Приложении 4, таблица 1.

5.9.1.1. При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

5.9.1.2. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ – по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует руководствоваться действующими инструктивно-методическими документами и применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

5.9.1.3. Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

5.9.1.4. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

5.9.2. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсibiliзирующими свойствами.

5.9.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способами протирания или орошения (с помощью распылителей типа "Квазар", гидропульта и других распыливающих устройств). Норма расхода дезинфектантов составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м².

5.9.4. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.

5.9.5. Воздух в помещениях обеззараживают:

- фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;
- УФ-облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей (приложение 4, таблица 1);
- аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием дезинфицирующих средств, имеющих разрешение на такой способ применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и проведении генеральных уборок;

- озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной.

5.9.6. Предметы ухода за пациентами (кислородные маски, рожки от кислородной подушки, подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки), сетки для градуированных бутылок обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, подкладные клеёнки дезинфицируют способом погружения, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. - способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

5.9.7. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных, баллоны для отсасывания слизи и др. перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств.

5.9.8. Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных – для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

5.9.9. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей дезинфицирующих средств в стиральных машинах проходного типа по «Программе стирки обработки белья в медицинских учреждениях». Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

5.9.10. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования при приеме родов, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократного применения и др.)

перед утилизацией осуществляют в местах их образования в соответствии с действующими нормативными документами.

5.9.10.1. Для дезинфекции медицинских отходов применяют химический (способом погружения в растворы дезинфицирующих средств) или физический (обеззараживание в паровом стерилизаторе) метод обеззараживания по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов, в том числе возбудителей парентеральных гепатитов и ВИЧ, грибов.

5.9.10.2. Дезинфекция выделений, крови, мокроты и др. проводится дезинфицирующими средствами, выпускаемыми в виде порошка или растворов.

5.9.10.3. Утилизацию последов осуществляют путем сжигания в специальных печах или, после предварительного обеззараживания, захоронения в специально отведенных местах или вывоза на организованные свалки.

5.9.10.4. Возможно одновременное обеззараживание и утилизация медицинских отходов комбинированным методом с использованием установок, разрешенных к применению в установленном порядке.

6. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями

6.1. Общие положения

6.1.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпидемиологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии - заместителем главного врача по лечебной работе).

6.1.2. Общее методическое руководство и контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий осуществляются учреждениями, уполномоченными исполнять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.1.3. Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

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

6.1.4. На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

6.2. Выявление и учет инфекций внутрибольничных инфекций

6.2.1. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

6.2.2. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометриит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

6.2.3. Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

6.2.4. Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога с учетом следующих ориентировочных критериев:

- возникновение клинических проявлений в течение первых 72 часов после рождения;
- идентичность микрофлоры матери и возбудителя заболевания у ребенка.

Маловероятен внутриутробный характер инфицирования при таких нозологических формах, как инфекционный мастит, гнойно-воспалительные заболевания кожи, перитонит, омфалит, дакриоцистит, изолированные инфекции мочевых путей или энтероколит.

Инфекции, проявившиеся после 4 суток (96 часов) жизни, связаны в основном с внутрибольничным инфицированием за исключением некоторых вирусных болезней (герпетическая и цитомегаловирусная инфекции и др.).

При такой нозологической форме как конъюнктивит, внутриутробное заражение характерно только для специфических инфекций (гонорея, хламидиоз), при этом клинические проявления болезни могут быть отсрочены; стафилококковые и другие бактериальные конъюнктивиты обусловлены преимущественно внутрибольничным заражением.

Заключение о внутрибольничном или внутриутробном характере инфицирования основывается также на результатах анализа эпидемиологической ситуации в учреждении родовспоможения, с учетом заболеваемости и результатов микробиологического мониторинга.

6.2.5. Учёт и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и пр. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и/или родильницы в органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.2.6. Органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

6.2.7. Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:

- контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний;
- получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований;
- расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер.

6.2.8. Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (Приложение 2, справочное). Учёт и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных «классическими» микроорганизмами проводят согласно требованиям соответствующих нормативных документов.

6.3. Эпидемиологический анализ заболеваемости

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

6.3.2. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

6.3.3. Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

- даты родов;
- сроков возникновения заболевания;
- локализации патологического процесса;
- этиологии;
- видам медицинских вмешательств;
- перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
- даты выписки или перевода в другой стационар;
- длительности пребывания в стационаре.

6.3.4. 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.

6.3.5. 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 и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);
- анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;
- определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;
- анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

6.3.6. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

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

6.3.8. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнояно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

6.4. Микробиологический мониторинг

6.4.1. Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий – по договорам с аккредитованными организациями).

6.4.2. При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения. Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов новорожденных и родильниц.

6.4.3. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, проводится в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям.

В плановом порядке проводят:

- исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ – за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;
- детские питательные смеси и растворы для питья;
- контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, В и С;
- контроль качества текущей дезинфекции (куветы, предметы и изделия медицинского назначения, подготовленные к использованию у пациентов);
- выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.

Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раз в 6 месяцев.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

6.4.4. 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 органы и учреждения, осуществляющие санитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерских стационаров.

6.4.5. Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

6.4.6. Для выявления госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ - необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

6.5. Выявление групп и факторов риска

6.5.1. Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

- с хориоамнионитом в родах;
 - с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;
 - с иммунодефицитными состояниями;
 - с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;
 - с отягощенным акушерско - гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
 - после оперативного родоразрешения, особенно кесарева сечения;
 - с кровотечениями в послеродовом периоде;
 - с анемией.

6.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

- недоношенные;
- переношенные;
- родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;
 - после оперативного родоразрешения;
 - с врожденными аномалиями развития;
 - с родовой травмой;
 - с синдромом дыхательных расстройств;
 - с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;
 - при проведении искусственной вентиляции легких;
 - родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией и др.

6.5.3. К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное

вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится.

6.5.4. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

6.6. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия

6.6.1. Для успешной профилактики ВБИ, необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

6.6.2. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

- факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);
- увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;
- появление генерализованных форм;
- увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
- увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
- смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
- выделение преимущественно одного вида возбудителя;
- появление микробных ассоциаций;
- увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
- возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
- рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
- рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

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

6.6.3. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

- недостаточный состав и площадь помещений;
- перекрест технологических потоков;
- отсутствие приточно - вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:

- перегруз стационара;
- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;
- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально - техническое оснащение:

- недостаток изделий медицинского назначения, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки и пр.);
- нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;
- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств и т.д.

Нарушения противоэпидемического режима:

- несоблюдение цикличности заполнения палат;
 - несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;
 - повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;
 - нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

6.6.4. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6.6.5. При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

6.7. Оценка эффективности мер борьбы и профилактики

6.7.1. Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. 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.

6.8. 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 профилактических и противоэпидемических мероприятий.

7. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц

7.1. 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.

7.2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится родовспомогательными учреждениями и органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.3. При возникновении групповых заболеваний:

7.3.1. Прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение).

7.3.2. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний (Приложение 3).

7.3.3. Решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляется внеочередное донесение в Минздравсоцразвития РФ.

7.3.4. Экстренно развертывается резервное помещение для приема рожениц и беременных.

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

7.3.6. На основании результатов эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний,

включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

7.3.7. Окончательное донесение о результатах расследования вспышки с указанием принятых мер представляется в Минздравсоцразвития России не позднее чем через 15 дней после окончания расследования.

Приложение 1
(справочное)

Библиографические данные

1.Федеральный закон от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

2.Федеральный Закон от 26 декабря 2008 г. «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

3.Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 № 5487-1.

4.Постановление Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 г. №569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации».

5.Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. №322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

6.Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 г. № 554.

7.Приказ Минздрава РФ от 24.11.98 г. № 338 «**название !**».

8.Приказ Минздрава России от 27.06.2001 г. № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

9.Приказ Минздравсоцразвития России от 30.10.07 г. № 673 «О внесении изменений в Приказ Минздрава России от 27.06. 2001 № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

10.Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 января 2007 г. № 62 «Об утверждении Административного регламента исполнения Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека государственной функции по осуществлению в установленном порядке деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению санитарного законодательства».

11.СанПиН 2.1.7.727-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений».

12.СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных учреждений».

13.СП от 24.10.96 3.1/3.2.558-96 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний».

14.СП 3.1. 958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

15.СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В».

16.СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических (противоэпидемических) мероприятий».

17.СП 1.1.2193-07 «Изменения и дополнения 1 к СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических (противоэпидемических) мероприятий».

18.СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

19.СП 3.5. 1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим дезинфекционную деятельность».

20.СП 2.3.6.1079-01 «Организация общественного питания».

21.ОСТ 42-21-2 – 85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

22.МУ 28-6/34 от 02.09.87 «Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями».

23.МУ 15/6-5 от 28.02.91 «Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов».

24.МУ 287-113 от 30.12.98 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».

25.МУ 11-16/03-06 от 28.02.95 «Методические указания по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях».

26.МУ 3.5.736-99 от 16.03.99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях».

27.МУ 3.5.1937-04 от 04.03.2004 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним».

28МУ 15-6/34 от 19.07.90 «Методические указания по стерилизации лигатурного шовного материала в лечебно-профилактических учреждениях».

29.Руководство Р.3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».

30.РТМ 42-2-4-80. Операционные блоки, правила эксплуатации, техники безопасности и производственной санитарии. Утвержден приказом Минздрава СССР от 30.12.80 № 1348.

31.МР 3.1.686-98 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях».

32.«МР 11-7/16-09 от 18.12.2003 «Методические рекомендации по обеззараживанию кожных покровов».

33.Информационное письмо № 16-03/75-04-04 от 15.09.2004 г. (название!).

34.Инструкции по применению ДС, озонаторов и пр.

Приложение 2
(справочное)

Перечень
регистрируемых нозологических форм заболеваний

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
у новорожденных	
конъюнктивит и дакриоцистит	P 39.1
Пиодермия	L 08.0
другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L 08.9
флебит пупочной вены и других локализаций	I 80.8
местная инфекция кожи и подкожной клетчатки панариций, паронихий	L 08.9
Омфалит	P 38
Отит	H 66.0
импетиго, пемфигус, везикулопустулез	L 01
синдром стафилококкового поражения кожи (пузырчатка)	L 00
мастит	P 39.0
Энтероколит	A 04.9
пневмония (бактериальная и вирусная)	G 15; G 12
абсцесс кожи, флегмона	L 02
карбункул, фурункул	L 03
менингит	G 00
остеомиелит	M 86.0,1,2,8
сепсис	P 36
постинъекционные инфекции	T 80.2
сальмонеллезы	A 02
вирусные гепатиты В, С	B 16; B 17.1
другие инфекционные заболевания	P 39
у родильниц:	

расхождение швов после кесарева сечения	090.0
расхождение швов промежности	090.1
другие послеродовые инфекции (эндометрит)	086
перитонит	К 65.0
сепсис послеродовый	085
инфекция соска, инфекция молочной железы	091.0; 091.1
постинъекционные инфекции	Т 80.2
пневмония бактериальная и вирусная	G 15; G 12
цистит, уретрит, пиелонефрит	N 30.0; N 34.0; N 39.0
сальмонеллезы	A 02
вирусные гепатиты В, С	B 16; B 17.1
Внутриутробные инфекции	190

Приложение 3

Порядок расследования групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц.

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

2. В процессе расследования групповой заболеваемости эпидемиологический анализ включает:

- анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц в данном стационаре и функционально связанных с ним учреждениях, во время вспышки, за месяц, предшествующий возникновению групповых заболеваний, при необходимости - за более длительный период времени;

- изучение особенностей клинического течения ВБИ новорожденных и родильниц;

- изучение этиологической структуры ВБИ и характеристики возбудителей, выделенных от новорожденных и родильниц;

- изучение инфекционной заболеваемости (носительства) медицинского персонала с определением этиологической структуры;

- анализ данных санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды в учреждении;

- сопоставление данных этиологии ВБИ новорожденных, родильниц, медицинского персонала и результатов контроля стерильности и исследования объектов окружающей среды;

- выявление источников инфекции, определение ведущих факторов передачи и условий, способствующих возникновению групповых заболеваний;

- разработка и реализация комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний.

3. 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. № 058/у, журнал учета инфекционных заболеваний - ф. № 060/у);

- результатах изучения историй родов (ф. № 096/у) и историй развития новорожденных (ф. № 097/у);

- результатах изучения журналов отделения (палат) для новорожденных (ф. № 102/у) и журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у);

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

- протоколах (картах) патологоанатомических исследований (ф. № 013/у), врачебных свидетельств о смерти;

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

4. 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; при контактно-бытовом пути передачи, в том числе через руки медицинского персонала – тяжесть инфекции определяется местом внедрения возбудителя и изначальным состоянием новорожденного; при артифициальном механизме передачи - тяжесть течения определяется травматичностью медицинского вмешательства, его локализацией и массивностью обсеменения);

- соотношение генерализованных и локализованных форм ВБИ.

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

- материала из закрытого патологического локуса (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.

6. Изучение инфекционной заболеваемости у медицинского персонала проводится за 1 - 3 месяца, предшествующие возникновению групповых заболеваний по:

- больничным листам нетрудоспособности;
- табелям учета рабочего времени;
- данным диспансерного наблюдения.

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

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, большое значение приобретают исследования, направленные на выявление лиц с вялопротекающей почечной патологией (пиелонефриты). При вспышке сальмонеллезов и других кишечных инфекций проводится бактериологическое исследование фекалий.

7. При расследовании вспышки составляют пофамильные списки:

- больных и умерших во время регистрации групповых инфекционных заболеваний в акушерском стационаре (Приложение 4, таблица 2);
- новорожденных и родильниц, контактировавших с заболевшими и умершими (Приложение 4, таблица 3);
- новорожденных и родильниц, переболевших за 1 - 3 месяца до возникновения вспышки (Приложение 4, таблица 4);
- медицинского персонала, переболевшего за 1 - 3 месяца до вспышки (Приложение 4, таблица 5).

8. Во время групповых заболеваний расширяются масштабы санитарно - бактериологических исследований на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы с учетом эпидемиологической значимости объектов окружающей среды и предполагаемого этиологического фактора (Приложение 4, таблица 6).

9. Выявляются условия, способствующие возникновению групповых заболеваний. В числе их могут быть:

- несвоевременная изоляция и перевод больных;
- лечение малых форм ВБИ в акушерском стационаре;
- нарушение цикличности заполнения палат;
- нарушения в работе централизованного стерилизационного отделения, аптеки, комнаты для сбора, пастеризации и хранения грудного молока, 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).

10. На основании анализа заболеваемости ВБИ новорожденных, их этиологической структуры, особенностей клинического течения, условий, способствующих возникновению групповых заболеваний, биологической характеристики штаммов микроорганизмов, циркулирующих в стационаре, делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики с целью повышения защитных реакций организма.

Приложение 4
Таблица 1

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ КРАТНОСТЬ И ВИДЫ УБОРКИ
ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ
АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА**

Приемно - смотровое отделение	Родовое отделение				Отде- ление ново- рож- ден- ных	Обсервационное отделение
	предродовые палаты	Родильный зал, боксированный родильный блок	вспомо- гатель- ные по- мещения	послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пре- быванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
Текущая уборка						
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки воздух обеззараживают в соответствии с п.5.9.5. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, затем	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства	Ежедневно влажная уборка – 3 раза в день, из них – 2 раза с использованием моющего средства, третий раз – с применением дезинфицирующего средства		

<p>Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел.</p>	<p>воздух обеззараживают в соответствии с п.5.9.5. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p> <p>2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов</p>			
<p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой. воздух обеззараживают в соответствии с п.5.9.5. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p>				
<p>Уборка по типу заключительной дезинфекции</p>				

		При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня. При наличии двух родзалов, в боксированном родблоке уборку	Один раз в неделю	После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в наблюдательное отделение с применением дезинфицирующего средства		Один раз в неделю (стены - на высоте 2 м) с применением дезинфицирующего средства
--	--	--	-------------------	---	--	---

		<p>проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства.</p> <p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой.</p> <p>воздух обеззараживают в соответствии с п.5.9.5.</p> <p>После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p> <p>Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале.</p>	<p>После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой.</p> <p>воздух обеззараживают в соответствии с п.5.9.5.</p> <p>После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.</p> <p>После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию.</p>
--	--	--	---

Приложение 4
Таблица 2

Список заболевших и умерших новорожденных детей во время групповых инфекционных заболеваний в родильном доме (отделении)

№ п/п	Ф.И.О.	N истории родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	Ф						Даты	Диагноз: первичный, заключительный и патологоанатомический	Результаты бактериологических исследований	
				поступления	родов	передвижения в отд.	выписки (перевода), смерти	заболевания	госпитализации			дата забора матер.	указать исслед. материал и возбудитель
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

Приложение 4
Таблица 3

Список и результаты бактериологических исследований новорожденных и родильниц, контактировавших с заболевшими и умершими

	Ф.И.О.	N		Даты		

№ п/п	N	истории родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	поступления в роддом	родов	выписки (перевода)	передвижения по палатам	исследования	Исследуемый материал	Результаты бактериологического исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 4
Таблица 4

Список и результаты бактериологического обследования новорожденных и родильниц, переболевших за 1-3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№ п/п	N Ф.И.О.	N истории родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	Даты				Диагноз	Дата бактер. исследований (забора материала)	Материал и результаты бактериологического исследования
				рождения	выписки	заболевания	госпитализации			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 4
Таблица 5

Список и результаты бактериологического обследования медицинского персонала, переболевшего за 1-3 месяца до возникновения групповых заболеваний

№ п/п	N Ф.И.О.	Должность	Отделение (указать обслуживаемые)	Заболеваемость в предшествующие 1 - 3 месяца	Дата выхода на работу	Дата бактериологического исследования	Результат
-------	----------	-----------	-----------------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	-----------

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--	--

Примечания. 1. В графах 3, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 дается полная расшифровка выделенного возбудителя с указанием рода, вида, серо- или фаговара.

2. В графах 23, 26, 27, 33,34, 35 вносятся результаты по каждой пробе с положительным результатом.

