

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА  
В АКУШЕРСТВЕ.  
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-  
СЕПТИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ В  
АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

# План лекции

1. Основные документы, регламентирующие работу акушерских стационаров
2. Организационные мероприятия по профилактике госпитальной инфекции
3. Приказ N 345

# **Работа акушерско-гинекологической службы регламентируется приказами:**

- 1. ПРИКАЗ N 55, от 9 января 1986 г. – «ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ (ОТДЕЛЕНИЙ) (в ред. Приказа Минздравмедпрома РФ от 28.12.1995 N 372, Приказа Минздрава РФ от 26.11.1997 N 345).**
- 2. ПРИКАЗ N 345 от 26 ноября 1997 г. - О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ**
- 3. ПРИКАЗ N 318, ПОСТАНОВЛЕНИЕ N 190 от 4 декабря 1992 г. О ПЕРЕХОДЕ НА РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВОЗ КРИТЕРИИ ЖИВОРОЖДЕНИЯ И МЕРТВОРОЖДЕНИЯ**
- 4. ПРИКАЗ N 372 от 28 декабря 1995 г. - О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ**
- 5. ПРИКАЗ N 197 от 27 марта 2006 г. - ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ)**
- 6. ПРИКАЗ N 308 от 9 декабря 2004 г. - О ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ**

# **Схема 1. Организационные мероприятия по профилактике госпитальной инфекции**

Рациональное планирование родовспомогательных стационаров

Выведение отделений для производства аборт

Выведение гинекологического отделения в многопрофильную больницу

Организация стационаров совместного содержания матери и новорожденного

Рациональное использование акушерских коек

Выделение стационара для рожениц и родильниц с гнойно-септическими заболеваниями

Выделение количества коек во втором акушерском отделении до 25 %

Выделение стационара для новорожденных с септической инфекцией

Выделение стационара для рожениц и родильниц, нуждающихся в наблюдении

При основании новых акушерских стационаров и переоборудовании функционирующих целесообразно, чтобы существовали стационары совместного содержания матери и новорожденного, с единой флорой и единым микроклиматом для матери и новорожденного и, в то же время, с максимальной разобщенностью с другими родильницами и новорожденными.

Внутрибольничная инфекция - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки (Европейское региональное бюро ВОЗ).

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

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

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

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

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

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

# 1. Организационные мероприятия

- 1.1. Ответственность за организацию и проведение комплекса санитарно - противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями возлагается на главного врача родильного дома (отделения).
- 1.2. В родильном доме (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике внутрибольничных инфекций во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, координирующая организацию и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в стационаре.
- 1.3. В структуре акушерского стационара предусматривается должность врача - эпидемиолога (заместителя главного врача по санитарно - эпидемиологическим вопросам), который является заместителем председателя комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций.
- 1.4. В состав комиссии входят заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, фармацевт. При необходимости приглашаются другие специалисты.
- 1.5. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.
- 1.6. Заведующие отделениями проводят занятия по изучению данной Инструкции с врачами, старшие акушерки (сестры) - со средним и младшим медицинским персоналом с последующей сдачей зачетов два раза в году и фиксацией даты зачетов в санитарной книжке сотрудника.



## 2. Порядок приема на работу

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

- рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - по показаниям и один раз в год);
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем - четыре раза в год);
- исследование крови на гепатит В и С (в дальнейшем - один раз в год).  
Исследование крови на гепатит В проводится только при отсутствии данных о проведенных прививках против гепатита В;
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - два раза в год);
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем два раза в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии.

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

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

- 2.3. При выявлении положительных результатов обследований вопрос трудоустройства решается в соответствии с действующим законодательством. Кроме того, к работе не допускаются лица с неактивными изменениями в легких туберкулезного характера.
- 2.4. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в зависимости от эпидемиологической обстановки в регионе могут расширять перечень обследований.
- 2.5. Обследование персонала на условно патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям.
- 2.6. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка при приеме на работу и в процессе профессиональной деятельности в плановом порядке не проводится.
- 2.7. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, воспалительными или гнойными процессами к работе не допускается.
- 2.8. Персонал родильных домов (отделений) подлежит обязательным профилактическим прививкам против вирусного гепатита В, а при отсутствии сведений о прививках против дифтерии и туберкулеза - прививается в соответствии с календарем соответствующих прививок.
- 2.9. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в ф. 30-у и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

### 3. Организация противэпидемического режима

#### в акушерских стационарах

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

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

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

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

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

Обязательно использование масок во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

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

При невозможности изоляции родильниц и новорожденных для дезинфекции могут быть использованы средства из группы поверхностно - активных веществ (ПАВ): катамин АБ, хлоргексидина глюконат, амфолан и другие ПАВ, разрешенные к применению в установленном порядке (ника-экстра М, велтолен и др.).

(абзац введен Приказом Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

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

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

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

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

- 3.7. Необходимо осуществлять патронаж ребенка на дому в течение первых суток после выписки из стационара участковым педиатром с последующим патронажем участковой медицинской сестрой.
- 3.8. Аналогично патронажу новорожденных на дому, врач акушер - гинеколог женской консультации (в зоне обслуживания ФАП - акушерка) осуществляет двукратный активный патронаж родильниц на дому (на 2 - 3 и 7 сутки после выписки), а после оперативного родоразрешения - по показаниям. С этой целью из роддома передается телефонограмма в женскую консультацию, аналогично телефонограмме в детскую поликлинику.
- 3.9. Разрешается посещение родственниками беременных и родильниц. Порядок посещения устанавливается администрацией родильного дома (отделения).
- 3.10. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии условий (индивидуальные родильные залы), отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания (ОРЗ и др.), с разрешения дежурного врача с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде, халате, бахилах, маске (в родзале).
- 3.11. Для персонала предусматривается отдельный вход, гардероб для верхней одежды, он обеспечивается индивидуальными 2-секционными шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевыми. Санитарная одежда меняется ежедневно.

## 4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров

### 4.1. Общие положения

- 4.1.1. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки - дезинфицирующих средств (табл. 1, 3 и 5 Приложения 1). Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают (табл. 1 Приложения 1).
- 4.1.2. После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение (см. пункт 2 табл. 1) с последующим проветриванием помещения.
- 4.1.3. При уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз - после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз - после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение проветривают.
- 4.1.4. Использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме (смотри раздел 7 и таблицу 2 Приложения 1).
- 4.1.5. Перед и после каждой манипуляции медицинский персонал тщательно моет руки. При проведении влагалищных исследований используются стерильные перчатки.

## 4.2. Приемно - смотровое отделение

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

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

Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

4.2.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр и санитарная обработка, каждой роженице выдается индивидуальный стерильный комплект (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат, мочалка), разрешается пользоваться собственными новыми тапочками и предметами личной гигиены.

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

- 0,5% спиртовой (в 70% этиловом спирте)

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

- 1% раствор йодопирона (по активному йоду)

- 0,5% раствор хлорамина

- другими кожными антисептиками, разрешенными для этих целей.

### 4.3. Родовое отделение

- 4.3.1. При наличии нескольких предродовых палат соблюдается цикличность их заполнения. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер.
- 4.3.2. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживаются дезинфицирующим раствором (таблица 1 Приложения 1).
- 4.3.3. Перед переводом в родильный зал роженицу переодевают в стерильное белье (рубашка, косынка, бахилы).
- 4.3.4. В родильном зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают дезраствором. При загрязнении кровью и другими биологическими жидкостями обеззараживание проводят по режимам, утвержденным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.
- 4.3.6. При наличии двух родильных залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них в течение суток (таблица 5 Приложения 1).
- 4.3.5. В боксированном родильном блоке каждые роды проводят в отдельном боксе. Прием родов проводится во всех боксах поочередно. После родов в боксе проводится уборка по типу заключительной дезинфекции.
- 4.3.7. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.
- 4.3.8. При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.



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

Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект.

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

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

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

4.3.12. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводится во время первичного туалета новорожденного закапыванием в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора нитрата серебра 2% или трехкратно с интервалом 10 минут по одной капле раствора сульфацила натрия 20% (глазные капли) или закладыванием за нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10 000 ед в 1 г (глазная мазь, полоска длиной от 0,5 до 1 см). Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли)."

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

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

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

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

Утилизация последов может осуществляться следующими способами:

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

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

#### 4.4. Послеродовое физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка

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

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

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

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

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

4.5. Послеродовое физиологическое отделение с отдельным пребыванием матери и ребенка

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

4.5.2. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы в первые 3 дня - 4 раза, в последующем - 2 раза в сутки. Используемые при кормлении новорожденных подкладные из клеенки меняют два раза в день, при использовании для этих целей пеленок их меняют перед каждым кормлением.

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

## 4.6. Отделение новорожденных

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

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

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

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

При уходе за новорожденными используют стерильное белье.

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

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

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

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

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

#### 4.7. Комната для сбора, пастеризации и хранения грудного молока

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

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

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

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

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

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

Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки.

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

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

## 4.8. Обсервационное отделение

- 4.8.1. В обсервационном отделении противоэпидемический режим должен соблюдаться особенно тщательно.
- 4.8.2. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа имеется вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.
- 4.8.3. Сцеженное родильницами обсервационного отделения молоко для докармливания новорожденных не используется.
- 4.8.4. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных в крупных городах осуществляется в специализированном родильном отделении. При его отсутствии беременные направляются в родильный дом (отделение) общего типа. Прием родов производится в обсервационном отделении в специально выделенной палате, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.
- 4.8.5. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусными гепатитами с парентеральным механизмом передачи.



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

4.8.7. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, при приеме родов - использование защитных очков или экранов).

При наличии микротравм на коже рук перед началом работы медицинскому работнику необходимо обработать поврежденную поверхность 70% спиртом или спиртовой настойкой йода 5% и "заклеить" лейкопластырем или каким-либо пленкообразующим препаратом (3 слоя "Лифузоля" или р.).

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

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

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

Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

- при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией убедиться в целостности аварийной аптечки;
- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
- обработать кожу ногтевых фаланг йодом перед надеванием перчаток;
- при попадании зараженного материала (кровь, околоплодные воды, отделяемое родовых путей и т.д.) на кожу персонала обработать ее 70% раствором спирта, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% раствором спирта. Не тереть!
- при попадании зараженного материала на слизистые ротоглотки и носа их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% спиртом или 0,05% раствором марганцевокислого калия;
- для обработки слизистой глаз применяется раствор марганцевокислого калия 1:10000; раствор готовится *ex tempore*, для чего необходимо иметь навеску препарата по 50 мг, которая растворяется в 10 мл дистиллированной воды;
- при уколах и порезах вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% раствором йода. Не тереть!

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

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

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

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

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

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

## 5. Правила стирки белья и обработки обуви

- 5.1. Белье стирают в прачечной родильного дома, а при отсутствии ее - в больничной прачечной, но отдельно от белья других отделений. В прачечной должны быть выделены специальные емкости для замачивания белья, а также отдельное оборудование для его стирки. Не допускается использование синтетических моющих средств для стирки белья новорожденного.
- 5.2. При стирке в коммунальной прачечной белье родильного дома стирают в специально выделенный день.
- 5.3. В процессе обработки и стирки белья потоки чистого и грязного белья не должны перекрещиваться.
- 5.4. После выписки женщины из родильного дома или перевода ее в другое отделение обувь (тапочки), выданную ей при поступлении, подвергают обязательной дезинфекции в дезинфекционной камере по параформалиновому способу или раствором формалина 10% (п. 8 табл. 1 Приложения 1).
- 5.5. Целесообразно пользоваться собственными кожаными (из кожзаменителя) или новыми матерчатыми тапочками.

6. Обработка рук медицинского персонала, операционного поля при приеме родов или операции

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

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

## 7. Дезинфекция, предстерилизационная очистка

и стерилизация изделий медицинского назначения

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

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

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

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

- 7.4. Контроль за качеством стерилизации осуществляется в соответствии с Методическими указаниями по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов Минздрава СССР от 28.02.91 N 15-6/5 (комплекс физических, химических и бактериологических методов контроля).
- 7.5. Обработка аппаратов и инструментов, используемых в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 16.06.97 N 184 "Об утверждении Методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно - профилактических учреждениях".
- Строжайшее соблюдение правил стерилизации одновременно является мерой, предупреждающей распространение в акушерских стационарах среди новорожденных и родильниц других инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции.

# Литература

## Основная:

- 1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007

## Дополнительная

- Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. /В. В. Абрамченко. - СПб.: Спец. лит., 2003.-664 с.
- Акушерство и гинекология: Учебник /Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. /Пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2004. - 548 с.
- Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник. - Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.
- Жилияев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс /Н.И. Жилияев, Н. Жилияев, В. Сопель. - Киев: Книга плюс, 2002. - 236 с.

## Учебно-методические пособия

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.
- Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.
- Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В. Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.
- Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)
- Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.