

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 26 ноября 1997 г. N 345

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 24.11.98 N 338, от 05.05.2000 N 149)

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

1. Ввести в действие с 01.01.98:

1.1. Инструкцию по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах (Приложение 1).

1.2. Инструкцию по организации и проведению эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах (Приложение 2).

1.3. Инструкцию по переводу заболевших новорожденных и недоношенных детей из акушерского стационара в соответствующие отделения детских больниц (Приложение 3).

1.4. Инструкцию по приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение акушерского стационара (Приложение 4).

1.5. Инструкцию по отбору и порядку госпитализации беременных в отделение (палату) дневного пребывания акушерского стационара (Приложение 5).

1.6. Инструкцию по расследованию и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц в акушерских стационарах (Приложение 6).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

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

стационарах.

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

2.3. Обеспечить учет и регистрацию внутрибольничных инфекций среди новорожденных и родильниц в соответствии с перечнем нозологических форм, перечисленных в Приложении 2.

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

3. Главным врачам центров госсанэпиднадзора в Российской Федерации:

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

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

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

5. Департаменту Госсанэпиднадзора и Отделу медицинской статистики и информатики рассмотреть вопрос о внесении изменений в действующую отчетную форму N 2 государственной отчетности "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" раздел 3 "Внутрибольничные инфекции" в соответствии с перечнем нозологических форм, изложенных в Приложении 2 Приказа, в срок до 01.01.98.

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

7. Считать не действующими на территории Российской Федерации:

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

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

8. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра Стуколову Т.И.

Министр

Т.Б.ДМИТРИЕВА

Приложение 1
Утверждена
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 26 ноября 1997 г. N 345

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В

АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 24.11.98 N 338, от 05.05.2000 N 149)

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. N 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 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 противоэпидемического режима в акушерских стационарах

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

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

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

В случаях планового закрытия обследование объектов окружающей среды не проводится,

разрешение органов ГСЭН на открытие не требуется.

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

Обязательно использование масок во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

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

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

(в ред. Приказа 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 сульфацил-натрия 20% (глазные капли) или закладыванием за нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10000 ед. в 1 г (глазная мазь, полоска длиной от 0,5 до 1 см). Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли) <*>. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 05.05.2000 N 149)

<*> Препараты указаны по степени их эффективности. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 05.05.2000 N 149)

4.3.13. В родильном зале необходимо в течение первого получаса после рождения прикладывать новорожденного к груди матери (при отсутствии противопоказаний). Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание 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 пленку 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 наблюдательном отделении.

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

4.4.3. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- 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 раздельным пребыванием матери и ребенка

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

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

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

4.6. Отделение новорожденных

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

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

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

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

При уходе за новорожденными используют стерильное белье.

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

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

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

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

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

4.7. Комната для сбора, пастеризации и хранения грудного молока

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

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

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

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

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

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

Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки.

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

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

4.8. Наблюдательное отделение

4.8.1. В наблюдательном отделении противоэпидемический режим должен соблюдаться

особенно тщательно.

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

4.8.3. Сцеженное родильницами наблюдательного 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 наблюдательном отделении в специально выделенной палате, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная наблюдательного отделения.

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

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

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

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

4.8.8. Опасность заражения ВИЧ-инфекцией возникает при аварийных ситуациях (порезы 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 (таблицы 1, 3, 5 Приложения 1).

5. Правила стирки белья и обработки обуви

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

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

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

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

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

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

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

6.2. Для обработки кожи операционного поля, наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер рожениц применяют йодонат, йодопирон, хлоргексидин глюконат, спиртовую настойку йода 5% и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке (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.

*Начальник Департамента
госсанэпиднадзора
Минздрава России
А.А.МОНИСОВ*

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

*Таблица 1
к Приложению 1*

ДЕЗИНФЕКЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

N п/п	Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <*>	Режим дезинфекции		Способ обработки
			концентрация раствора, %	время выдержки, мин.	
1	2	3	4	5	6
1.	Поверхности в помещениях, предметы обстановки	ПВК	0,75	60	Однократное протираание или орошение <2>
		Пероксимед	3,0	30	Однократное

2.	Воздух и поверхности в помещениях	ПФК-1	3,0	30	протираание
		Катамин АБ	0,25	30	Однократное протираание
			0,5	60	Орошение <2>
		Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Однократное протираание
		Амфолан	1,0	60	"-
		Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0	60	Двукратное протираание или орошение <2>
		Перекись водорода	3,0	60	
		Аламинол <*>	1,0	30	Однократное протираание
		Хлорамин с 0,5% моющего средства	0,75	60	Двукратное протираание или орошение <2>
		Анолит <*> <3>	-	-	Протираание
		Гипохлорит натрия с 0,5% моющего средства	0,25	30	Двукратное протираание
		<*> <4>	0,125	60	
		Нейтральный гипохлорит кальция <*>	0,15	60	Однократное протираание или орошение <2>
		ДП-2 (применяется только при отсутствии других средств) <*>	0,1	60	"-
		Ультрафиолетовое облучение			
		3.	Посуда без остатков пищи	Хлорамин Б	0,5
Перекись водорода	3,0			30	
Пероксимед	3,0			60	
ПВК	0,5			30	
Амфолан	0,5			30	
Катамин АБ	0,25			30	
Анолит <3>					
Гипохлорит натрия <4>	0,125			15	
ДП-2	0,1			15	
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
Режим дезинфекции, выбор облучателей, расчет их числа зависят от функционального назначения помещения, объема, др. параметров и характеристик в соответствии с <u>Методическими указаниями</u> по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях N 11-16/03-06 утв. Минздравмедпромом РФ 28.02.95					

4.	Холодильник (внутренние поверхности)	Дистиллированная вода при температуре 100° С Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0	30 (с момента закипания) 60	Кипячение Протирание с последующим промыванием водой: двукратное однократное
		ПВК	0,75	60	"-
		Пероксимед	3,0	30	"-
		Катамин АБ	0,5	60	орошение
			0,25	30	однократное протирание
		Хлоргексидин глюконат	0,2	60	"-
		Амфолан	1,0		"-
		Гипохлорит натрия <2>	0,25		двукратное протирание
		Хлорамин Б	1,0		"-
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75		"-
5.	Постельные принадлежности (матрац, подушка, одеяло)	Аэрозольный баллон "Синильга"			Согласно тексту этикетки Камерная дезинфекция
6.	Нательное и постельное белье				Стирка в прачечной
7.	Марлевые маски	Водопроводная вода при температуре 100° С Водяной насыщенный пар под избыточным давлением Р = 0,05 МПа (0,5 кгс/кв. см) при температуре 110 +/- 2° С		30 (с момента закипания) 20	Кипячение В паровом стерилизаторе
8.	Тапочки	Формалин	10,0	120	Ватные тампоны (ветошь), смоченные раствором формалина, закладывают в носки тапочек. Обувь помещают в

					полиэтиленовый пакет (клеенчатый мешок), который плотно завязывают
		Аммиак (для нейтрализации формалина)	10,0	30	По окончании дезинфекционной выдержки тампон извлекают, обувь обрабатывают мягкой щеткой (тампоном), смоченным нейтрализатором (аммиаком), накрывают тканью, затем проветривают до исчезновения запаха
9.	Резиновые коврики				Протирание с последующим промыванием водой:
		Аламинол	3,0	60	однократное
		Хлорамин Б	5,0	60	двукратное
		Нейтральный гипохлорит кальция	0,3	60	однократное или орошение
		ДП-2	0,3	60	"-
		Анолит <3>			"-
		Гипохлорит натрия <4>	0,3	60	двукратное
		ПВК	4,0	60	однократное
			2,0	150	или орошение
		Пероксимед	4,0	120	однократное
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
10.	Подкладные судна	Хлорамин Б	1,0	120	Погружение в
		Нейтральный гипохлорит кальция	0,5	60	раствор после освобождения от содержимого
		ДП-2	0,2	120	
		Анолит <3>			
		Гипохлорит натрия <4>	0,25	60	
		ПВК	3,0	60	
		Пероксимед	3,0	60	
11.	Санитарно-техническое				Протирание с

12.	оборудование (раковины, ванны, унитазы и др.)	Хлорамин Б	1,0	60	последующим промыыванием водой: двукратное или орошение
		Анолит <3>			"-
		Гипохлорит натрия <4>	0,25	60	двукратное
		Аламинол	1,0	60	"-
			3,0	30	однократное
		ДП-2	0,1	120	двукратное или орошение <2>
		Пероксимед	3,0	60	однократное
		ПВК	0,5	80	двукратное
			2,0	30	орошение <2>
		ПФК-1	3,0	30	однократное
		Перекись водорода с добавлением 0,5% моющего средства	3,0	45	двукратное или орошение <2>
		Демос	10,0	120	"-
		Катамин АБ	0,5	30	двукратное
		Нейтральный гипохлорит кальция	0,6	30	"-
	Уборочный материал (инвентарь)	Анолит <3>			Погружение
		Гипохлорит натрия <4>	0,5		
		Хлорамин Б	3,0	50	
			1,0	300	
		ДП-2	0,2	120	
		Аламинол	3,0	60	
		ПВК	2,0	30	
		Пероксимед	3,0	60	
		ПФК-1	2,4	60	
		Катамин АБ	0,5	30	
		Демос	10,0	120	

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

<1> Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке. При загрязнении объектов кровью обеззараживание следует проводить по режимам, рекомендуемым при парентеральных вирусных гепатитах (приложение 3 к Приказу Минздрава СССР "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране" N 408, утв. 12.07.89).

<2> Норма расхода средства способом орошения составляет 300 мл на 1 кв. м обрабатываемой поверхности. Дезинфекцию способом орошения выполняют в отсутствие

родильниц, рожениц, новорожденных, при плотно закрытой двери и окнах, отключенной приточно-вытяжной вентиляции.

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

<4> Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску и применению Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

Концентрации растворов: хлорамина, ДП-2, аламинола даны по препарату, остальных - по активнодействующему веществу.

Таблица 2
к Приложению 1

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Метод дезинфекции	Дезинфицирующий агент <1>	Режим дезинфекции			Рекомендации по применению	Условия проведения дезинфекции	Применение оборудования
		температура раствора, °С	концентрация <2> раствора <3>, %	время дезинфекции, мин.			
1	2	3	4	5	6	7	
Химический	Аламинол <5>	не менее 18	5,0	60	Изделия:	Полностью погружают <4> в раствор	Закрывать из стекла пластмассы, покрытые (без повр эмали)
	Бианол <5>		8,0	60	- из металлов,		
			1,5	30	пластмасс, стекла;		
					- из резин		
	Глутарал <5>		без	15	Изделия из		
	Глутарал Н <5>		разведения	15	металлов, резин,		
	Глутаровый <5>		2,5	30	пластмасс, стекла		
	<6> альдегид фирмы Reanal				-"-		
	(ВНР) рН 7,0 - 8,5				-"-		
	Формалин <5> (по формальдегиду)		4,0	60	-"-		
	ПВК		3,0	60	Изделия из		
	Пероксид		3,0	60	коррозионностойких		
	Перекись водорода <7>		6,0	60	металлов, резин, пластмасс, стекла		
	Дезоксон-1		0,5	60			
	Перекись водорода		6,0	60			

	<7> с 0,5% моющего средства ("Прогресс", "Астра", "Айна", "Лотос")						
	Хлорамин	не менее 18	3,0	60			
	Гипохлорит натрия		0,5	60	Изделия из стекла, пластмасс (ПВХ), резин на основе селиконового и натурального каучука		
	<8> Анолит <9> ДП-2		0,5	60	Изделия <10> из стекла, металлов, резин, латекса и термостойких полимерных материалов	Проводят в стерилизационных коробках	Паровой стерили Камеры дезинфе
Паровой	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением р = 0,05 МПа (0,5 кгс/кв. см)	110 +/- 2		20	Изделия <10> из стекла, металлов, резин, латекса и термостойких полимерных материалов	Проводят без упаковки (в лотках)	Паровой стерили
Воздушный	Сухой горячий воздух <5>	120 +/- 4		45	Изделия из стекла, металлов	Проводят без упаковки (в лотках)	Воздушн стерили
Кипячение	Дистиллированная вода	98 +/- 1		30	Изделия <10> из стекла, металлов, термостойких полимерных материалов, резины	Полностью погружают в воду	Дезинфе кипятит
	Дистиллированная вода с 2% натрием двууглекислым (сода пищевая)	98 +/- 1		15			

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

<2> Концентрации дезинфицирующих средств: хлорамина, ДП-2 даны по препарату, остальных - по активноедействующему веществу.

<3> Дезинфицирующий раствор должен применяться однократно, если в методических указаниях по применению нет специальных на то указаний.

<4> После дезинфекции изделия должны быть промыты водой в соответствии с требованиями методических указаний для конкретного средства.

<5> Дезинфекцию этим средством (агентом) проводят после предварительной очистки изделий от видимых загрязнений кровью и др. с соблюдением противоэпидемических мер (перчатки, резиновый фартук) и обеззараживанием сливных вод по режиму дезинфекции при парентеральных вирусных гепатитах.

<6> Методика приготовления глутарового альдегида приведена в Методических рекомендациях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских инструментов к гибким эндоскопам, утв. МЗ СССР 09.02.88 N 28-6/3.

<7> Дезинфекцию медицинских изделий можно проводить медицинской перекисью водорода и технической марок А и Б.

<8> Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

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

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

Таблица 3
к Приложению 1

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПРИБОРОВ И ОБОРУДОВАНИЯ

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

N п/п	Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <1>	Режим дезинфекции		Способ обработки
			концентрация раствора, %	время выдержки, мин.	
1	2	3	4	5	6
1.	Поверхности аппаратов, медицинских приборов, оборудования с лакокрасочным, гальваническим или полимерным покрытием	Катамин АБ	0,25	30	Однократное протираание
		Хлоргексидина глюконат	0,2	60	"-
		Амфолан	1,0	60	"-
		ПВК	0,75	60	"-
		Пероксимед	3,0	60	"-
		ПФК-1	3,0	60	"-
		Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0	60	Двукратное протираание
		Хлорамин Б	1,0	60	Однократное протираание
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75	60	"-
		ДП-2	0,1	60	"-
2.	Узлы приборов и аппаратов из коррозионностойких металлов, не загрязненные	Аламинол	1,0	30	"-
		Хлорамин Б	1,0	30	Полное погружение в раствор с последующим промыванием водой или двукратное
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75	30	
		Амфолан	1,0	30	

3.	Резиновая грелка, пузырь для льда	кровью, не имеющие контакта со слизистыми оболочками, раневой поверхностью	Хлоргексидина глюконат	0,5	30	протираание	
			Катамин АБ	0,5	30		
			Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0		Двукратное протираание	
			Пероксимед	3,0		-"	
			ПВК	0,75		-"	
			ПФК-1	3,0		-"	
			Глутарал	Глутарал Н	Без разведения	15	Погружение в раствор с последующим промыванием водой
			Аламинол	1,0	60		
			Бианол	1,5	30		
			Формалин	3,0	30	-"	
			Хлорамин Б	1,0		Двукратное протираание с интервалом 15 мин. с последующим промыванием водой	
			Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75			
			Гипохлорит натрия <2>	0,25			
			Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0			
			Пероксимед	3,0			
		ПВК	3,0				
		ПФК-1	3,0				
		Катамин АБ	0,25				
		Амфолан	1,0				
		Хлоргексидина глюконат	0,2				
	4.	Зонд, баллон для отсасывания слизи, соски для новорожденных	Демос	2,0			
Водяной насыщенный пар под избыточным давлением Р = 0,05 МПа (0,5 кгс/кв. см) при температуре 110 +/- 2° С					20	В паровом стерилизаторе	
Дистиллированная вода при температуре 100° С					30 с момента закипания	Кипячение	
Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100° С					15 с момента закипания	Кипячение	
5.	Кислородные маски, рожок от	Перекись водорода	3,0	60		Двукратное протираание с	
		Хлоргексидина	0,2	60			

	кислородной подушки	глюконат			интервалом 15 мин.
6.	Подушка для кислорода, манжетка для измерения артериального давления	Перекись водорода	3,0	60	Двукратное протирание с интервалом 15 мин.
7.	Мешок "Амбу"	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Двукратное протирание
8.	Кувез	Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0		Методика обработки изложена в Методических указаниях по дезинфекции кувезов для недоношенных детей (приложение 7 к Приказу МЗ СССР N 440 от 20.04.83)
		ПВК	0,75		Обработка ПВК и пероксимедом проводится по методике для перекиси водорода с моющим средством, катамином АБ - для амфолана
		Пероксимед			
		Катамин АБ	0,25		
		Амфолан	1,0		
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	1,0		
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
9.	Термометр медицинский	Хлорамин Б	0,5	30	Погружение в раствор с последующим промыванием водой
			2,0	5	
		Перекись водорода	3,0	80	
		Хлоргексидина глюконат	0,5	30	
10.	Стетофонендоскоп, сантиметровая лента	Хлорамин Б	0,5	30	Двукратное протирание с интервалом 15 мин. и последующим временем воздействия 30 мин.
		Амфолан	1,0	30	
		Хлоргексидина глюконат	0,2		
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
11.	Ножницы для стрижки ногтей, бритвенный прибор металлический	Аламинол			Погружение с последующим промыванием водопроводной водой
		Бианол			
		Глутарал	Без раз	15	
		Глутарал Н	ведения	15	
		Хлоргексидина глюконат в 70% этиловом спирте	0,5	30	
		Формалин	10,0	15	
			4,0	60	

		Дистиллированная вода при температуре 100° С		30 с	Кипячение
		Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100° С		момента закипания	
				15 с	Кипячение
				момента закипания	
12.	Фартук, нарукавники, мешок, чехол матраца из клеенки или полимерной пленки	Хлорамин Б	1,0		Протирание или орошение
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75		"-
		Хлоргексидина глюконат	0,2		Протирание
		Гипохлорит натрия <2>	0,25		"-
		Анолит <3>			
13.	Тазик эмалированный почкообразный, таз для использованного перевязочного материала, подкладных клеенок, бумаги и др.	Перекись водорода с 0,5% моющего средства	4,0 6,0	90 60	Погружение в раствор или промывание
		ПВК	3,0	60	
		Пероксимед	3,0	60	
		ПФК-1			
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	3,0	60	
		Гипохлорит натрия <2>	0,25	60	
		Анолит <3>			
		ДП-2	0,1	60	Погружение в раствор
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
14.	Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки	Дистиллированная вода при температуре 100° С		30 с	Кипячение
		Дистиллированная вода с 2% натрия двууглекислого при температуре 100° С		момента закипания	
		Сухой горячий воздух при температуре 120 +/- 4° С		15 с	Кипячение
				момента закипания	
				45	В воздушном стерилизаторе
15.	Сетка для градуированных бутылок	ПВК	0,75		Двукратное протирание с интервалом 15 мин. и последующим временем воздействия 60 мин.
		Пероксимед	3,0		
		Хлорамин Б	1,0		
		Хлорамин Б с 0,5% моющего средства	0,75		
		Хлоргексидина глюконат	0,2		

		Катамин АБ	0,5		
		Аламинол	1,0		
		Демос	2,0		
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					
16.	Наконечники для клизм, резиновые клизмы	Дистиллированная вода при температуре 100° С		30 с момента закипания	Кипячение
		Перекись водорода	6,0		Погружение в раствор на 60 мин. с последующим промыванием водопроводной водой.
		ПВК	3,0		После этого - предстерилизационная очистка и стерилизация
		Пероксимед	3,0		
		Гипохлорит натрия	0,5		
		<2>			
		Анолит <3>			
		Хлорамин	3,0		
		Нейтральный гипохлорит кальция	0,5		
		ДП-2	0,1		
17.	Подкладные клеенки	Хлорамин Б	3,0	30	Погружение в раствор с последующим промыванием водопроводной водой
		Нейтральный гипохлорит кальция	0,5	15	
		ДП-2	0,1	15	
		Гипохлорит натрия	0,25	15	
		<2>			
		Анолит <3>			
		ПВК	3,0	60	
		Пероксимед	3,0	60	
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)					

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

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

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

<4> При загрязнении объектов кровью следует проводить обеззараживание в соответствии с рекомендациями, изложенными в приложении 3 к Приказу Минздрава СССР от 12.07.89 N 408 "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране". (в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

Таблица 4
к Приложению 1

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

N п/п	Вид обработки	Кожный антисептик	Режим обеззаражив.		Способ обработки
			концентрация раствора, %	время выдержки, мин.	
1	2	3	4	5	6
1.	Гигиеническая обработка рук	Йодопирон АХД-200-специаль	1,0	30 сек.	Протирание стерильным тампоном, смоченным кожным антисептиком 3 мл средства наносят на кисти рук и втирают в кожу досуха
		Лизанин	Без разведения	"-	
		Хлоргексидина глюконат в 70% этиловом спирте	0,5	"-	
		Спирт этиловый	70,0	"-	
2.	Обработка рук перед приемом родов или оперативным вмешательством (перед обработкой кожным антисептиком руки моют в течение 2 мин. проточной водой с мылом, дважды намыливая их,	Дезинфицирующие салфетки "Дамисепт"		"-	Протирание кистей рук дезинфицирующей салфеткой
		Хлорамин и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке	0,5	"-	Протирание стерильным тампоном, смоченным раствором
		Йодопирон	0,1	4	Моют стерильной салфеткой в емкости с раствором антисептика, вытирают стерильной салфеткой
		Хлоргексидина глюконат в 70% этиловом спирте	0,5	5	Протирают стерильным ватным тампоном, смоченным антисептиком, затем вытирают стерильной

3.	затем насухо вытирают стерильной салфеткой)	Лизанин АХД-2000 - специаль	Без разведения		салфеткой 5 мл препарата наносят на кисти рук и втирают в кожу в течение 2,5 мин. после этого снова наносят 5 мл препарата и втирают в течение 2,5 мин. (поддерживая кожу рук во влажном состоянии)
		Дегмин Дегмицид	1,0 1,0	По 3 мин. два раза	Последовательно протирают двумя стерильными салфетками, смоченными в растворе; вытирают сухой стерильной салфеткой
		Рецептура С-4 (первомур)	2,4	1	Руки погружают в емкость с раствором, моют, затем вытирают сухой стерильной салфеткой
		и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке			
	Обработка операционного поля, наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и родовых путей рожениц (накануне оперативного вмешательства больной	Йодопирон Йодонат Лизанин ОП (только для обработки операционного поля!)	1,0 1,0 Без разведения	2	Двукратное протирание стерильным марлевым тампоном, смоченным в растворе Кожу последовательно двукратно протирают отдельными стерильными марлевыми

	принимает душ, меняет белье)				тампонами, обильно смоченными препаратом
		Спиртовая настойка йода	5,0		Двукратное протираание
		Хлоргексидина глюконат в 70% этиловом спирте	0,5		стерильным марлевым тампоном, смоченным в растворе
		и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке			
4.	Обработка кожи инъекционного поля	Спирт этиловый АХД-2000 - специаль	80% Без разведения	1 "-	Кожу протирают стерильным ватным тампоном, смоченным препаратом
5.	Обработка кожи локтевых сгибов доноров	Лизанин ОП Йодопирон Йодовидон Йодонат АХД-2000специаль	"- 1% "- "- Без разведения	"- 2 мин. "- "- "-	Кожу локтевых сгибов доноров последовательно протирают двукратно
		Лизанин ОП	"-	"-	раздельными стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными препаратом
		и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке			

Таблица 5

к Приложению 1

РЕКОМЕНДУЕМАЯ КРАТНОСТЬ И ВИДЫ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ
СТРУКТУРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Приемно-смотровое отделение	Родовое отделение				Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
	предродовые палаты	родильный зал, боксированный родильный блок	вспомогательные помещения	послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7

ежесуточная уборка

Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства (табл. 1), затем после каждой уборки обеззараживание воздуха УФ-облучением <*>, проветривание помещения в течение 20 мин. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел.	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства (табл. 1) - 1 раз в сутки при отсутствии родов, затем обеззараживание воздуха УФ-облучением, Проветривание помещения в течение 20 мин. 2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку (см. п. 1) проводят в каждом из них после приема родов	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, ежедневно после третьего кормления новорожденных - уборка с применением дезинфицирующего средства (табл. 1)	Влажная уборка с использованием моющего средства 1 раз в день (утром), ежедневно после третьего кормления новорожденных уборка с применением дезинфицирующего средства (табл. 1)
		После каждой уборки воздух обеззараживают УФ-облучением, затем все объекты и поверхности в помещениях протирают ветошью, смоченной в водопроводной воде и снова включают УФ-облучение, помещение проветривают в течение 20 минут		

Уборка по типу заключительной дезинфекции

		При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня. При наличии двух родзалов, в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующих	Один раз в неделю	После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего средства (табл. 1)		Один раз в 3-5 дней (стенки, потолок, высота 2 м) с применением дезинфицирующего средства (табл. 1)
				После проведения уборки включают УФ-облучатели, затем все объекты и поверхности в помещении протирают ветошью, смоченной в водопроводной воде и снова включают УФ-облучатели, помещение проветривают. После выписки родильницы проветривают.		

	средств (табл. 1) После уборки воздух обеззараживают УФ-облучением. Затем все объекты и поверхности в помещении протирают ветошью, смоченной в водопроводной воде, снова включают УФ-облучатели, помещение проветривают в течение 20 мин. Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале	заключительную дезинфекцию
--	---	-----------------------------------

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

Приложение 2

УТВЕРЖДЕНА

Приказом Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 26 ноября 1997 г. N 345

ИНСТРУКЦИЯ

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

Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями (ВБИ) - это система мониторинга за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций (носительство, заболеваемость, летальность), факторами и условиями, влияющими на их

распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

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

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

Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

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

Выявление и учет заболеваемости ВБИ

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

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

Случаи внутриутробной инфекции подлежат отдельной регистрации.

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

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

Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями

проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа документации.

Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими отделениями:

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

Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации

у новорожденных:

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

у родильниц:

- послеоперационные инфекции акушерской раны, в т.ч. нагноение и расхождение швов
- эндометрит
- перитонит, в т.ч. после кесарева сечения
- сепсис
- мастит
- постинфекционные инфекции
- грипп, ОРЗ
- пневмония
- цистит, уретрит, пиелонефрит
- сальмонеллезы
- вирусные гепатиты В, С
- другие инфекционные заболевания.

Эпидемиологический анализ

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

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

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

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

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

Анализ заболеваемости ВБИ должен проводиться с учетом:

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

Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

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

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

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

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

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

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

Микробиологический мониторинг

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

Микробиологический мониторинг осуществляется лечебно-профилактическими

учреждениями, оперативными отделами центров госсанэпиднадзора, дезинфекционными станциями.

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

Исследованию подлежат:

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

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

- по эпидемиологическим показаниям
- при неудовлетворительном соблюдении санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в акушерском стационаре (на усмотрение центров госсанэпиднадзора)
- с целью контроля качества заключительной дезинфекции перед открытием акушерского стационара, закрывавшегося в связи с неблагополучной эпидемиологической обстановкой.

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

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

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

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

Выявление групп и факторов риска

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

Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

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

К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

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

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

К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные

лечебно-диагностические вмешательства (инъекции, трансфузии, катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, взятие крови, пункции, эндоскопические исследования), искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур.

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

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

Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия

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

К первой группе относятся:

- недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом, лекарствами
- недостаточный набор и площади помещений, перекрест технологических потоков
- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции
- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении
- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств и т.д.

Вторая группа предпосылок включает:

- перегрузку стационара
- нарушение цикличности заполнения палат
- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары.

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

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

- изменение уровня заболеваемости (рост) ВБИ новорожденных
- рост заболеваемости родильниц
- рост ВБИ после оперативных пособий в родах
- изменение в структуре заболеваемости по локализации патологического процесса,

появление случаев с множественной локализацией

- изменение этиологической структуры заболеваемости, выделение преимущественно одного вида возбудителя
- изменение в соотношении легких и тяжелых форм. Рост тяжелых форм свидетельствует, как правило, о существенном недоучете легких форм и(или) возникшем эпидемиологическом неблагополучии
- преобладание одной из клинических форм в структуре ВБИ новорожденных или родильниц, появление генерализованных форм
- возникновение 2 и более случаев заболеваний, связанных между собой
- рост заболеваемости гнойно-воспалительными и другими инфекциями среди медицинского персонала
- возрастание числа диагнозов "внутриутробная инфекция".

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

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

Оценка эпидемиологической ситуации

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

Оценка эффективности мер борьбы и профилактики

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

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

Начальник Департамента

госсанэпиднадзора

Минздрава России

А.А.МОНИСОВ

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

Приложение 3

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 26 ноября 1997 г. N 345

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

Показания к переводу	Сроки перевода
1. Новорожденные, имеющие инфекционные заболевания (из физиологического и обсервационного отделений)	В день установления диагноза
2. Новорожденные при подозрении на хирургическую патологию, требующую экстренной помощи (атрезия пищевода, атрезия ануса, диафрагмальная грыжа и др.)	Срочно
3. Критические состояния, обусловленные дыхательной, сердечно-сосудистой, надпочечниковой недостаточностью, поражением центральной нервной системы, метаболическими нарушениями	По согласованию с зав. отделением реанимации после консультации врача-реаниматолога
4. Гемолитическая болезнь новорожденного (при отсутствии круглосуточного дежурства)	Срочно

врача-неонатолога в акушерском стационаре)	
5. Недоношенные новорожденные	По экстренным показаниям - в любом
- с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г)	возрасте, но после 168 часов от рождения - обязательно (для всех групп детей)
- с очень низкой массой тела (1000 г - менее 1500 г)	
- с массой тела 1500 г - 2000 г	
6. Новорожденные, которым проводится длительная искусственная вентиляция легких	В возрасте не позднее 168 часов от рождения

Противопоказаниями к переводу в отделения детских больниц являются:

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

В наблюдательном отделении акушерских стационаров находятся и поступают в него:

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

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

Приложение 4
Утверждена
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 26 ноября 1997 г. N 345

ИНСТРУКЦИЯ

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

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

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

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

1.3. инфекционную патологию, в том числе:

- воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия - 10(5) КОЕ/мл мочи и более)
- воспалительные заболевания другой локализации (хронический бронхит в стадии обострения, пневмония, отит и др.)
- острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.)
- кожные заболевания инфекционной этиологии
- инфекционные процессы родовых путей (кольпит, цервицит, кондиломы)
- инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея)
- инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и меньшей эпидемиологической опасностью для медицинского персонала (токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, генитальный герпес и т.п.)
- туберкулез (закрытая форма любой локализации при отсутствии специализированного стационара).

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

1.4. внутриутробную гибель плода,

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

1.6. злокачественные новообразования,

1.7. аномалии развития плода, выявленные во время беременности (при отсутствии специализированного стационара),

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

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

*Приложение 5
Утверждена
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 26 ноября 1997 г. N 345*

ИНСТРУКЦИЯ

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

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

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

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

В связи с указанным данная Инструкция носит рекомендательный характер.

Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания

Госпитализации в стационар дневного пребывания подлежат беременные:

- с вегето-сосудистой дистонией и гипертонической болезнью 1 стадии в I и II триместрах беременности
- с обострением хронического гастрита
- с анемией со снижением гемоглобина не ниже 90 г/л
- с другими экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в диагностическом обследовании (при подозрении на порок сердца, для уточнения характера патологии мочевыделительной системы и др.) и лечении
- с ранним токсикозом при отсутствии или при наличии транзиторной кетонурии
- с водянкой беременных без выраженных отеков
- для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови
- для обследования и лечения беременных с резус-конфликтом в I и II триместрах беременности
- для оценки состояния плода
- для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность
- в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания
- с угрозой прерывания в I и II триместрах беременности при отсутствии привычных выкидышей в анамнезе и сохраненной шейке матки
- при выписке из стационара после наложения швов на матку по поводу

истмико-цервикальной недостаточности

- с другими акушерскими осложнениями, не требующими круглосуточного наблюдения врача
- для проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных высокого риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности
- для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия и др.)
- для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре
- с неблагоприятными бытовыми и социальными условиями.

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

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

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

Первичный прием (оформление) осуществляется в приемно-смотровом отделении акушерского стационара после осмотра врачом.

На каждую женщину, поступившую в ОДПБ, в приемно-смотровом отделении заполняют историю родов (ф. 096/у), производится соответствующая запись в журнале приема беременных (ф. 002/у) и в алфавитную книгу.

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

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

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

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

Примерный распорядок для ОДПБ:

8.00 - 8.30 Поступление в стационар.

8.30 - 9.15 Завтрак.
9.15 - 12.00 Врачебный обход, выполнение назначений.
12.00 - 12.30 Второй завтрак.
12.30 - 14.00 Выполнение дневных назначений, отдых беременных.
14.00 - 14.45 Обед.
14.45 - 17.00 Отдых беременных.
17.00 - 18.00 Освобождение отделения, уборка.

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

*Приложение 6
Утверждена
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 26 ноября 1997 г. N 345*

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

1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.
 2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится лечебно-профилактическими учреждениями и территориальными центрами госсанэпиднадзора.
- Родильный дом (отделение) закрывается по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке посылается внеочередное донесение в Минздрав России.

3. При возникновении групповых заболеваний:

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

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

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

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

4. В процессе расследования групповой заболеваемости проводится:

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

- во время вспышки
- за месяц, предшествующий возникновению групповых заболеваний
- при необходимости - за более длительный период времени.

4.2. Изучение особенностей клинического течения ВБИ новорожденных и родильниц.

4.3. Изучение этиологической структуры ВБИ и характеристик выделенных возбудителей.

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

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

4.6. Выявление источников инфекции.

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

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

5. Анализ заболеваемости ВБИ в акушерском стационаре базируется на:

- материалах официальной регистрации случаев инфекционных заболеваний ("Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививки" - ф. N 058/у, журнал учета инфекционных заболеваний - ф. N 060/у)
- результатах изучения историй родов (ф. N 096/у) и историй развития новорожденных (ф. N 097/у)
- результатах изучения журналов отделения (палат) для новорожденных (ф. N 102/у) и журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. N 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. N 013/y)
- результатах прижизненных и посмертных исследований умерших за последние 1 - 3 месяца, данных ЗАГСа об умерших новорожденных и родильницах.

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

6. При изучении особенностей клинического течения ВБИ новорожденных учитывают:

- начало заболевания (по типу гастроэнтерита - при пищевом пути передачи; более медленное развитие клинических проявлений - при контактно-бытовой передаче; возникновение тяжелых септических форм через одни-два суток после рождения - при массивном заражении во время обработки пупочной раны и т.д.)
- соотношение тяжелых и легких форм клинического течения (преобладание среднетяжелых и тяжелых форм при пищевом пути передачи, связанном с жидкими лекарственными формами и искусственным вскармливанием; более легкое течение - при контактно-бытовом пути передачи)
- соотношение генерализованных и малых форм ВБИ.

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

- материала из закрытого патологического фокуса (наиболее достоверные результаты)
- отделяемого патологического очага (с количественным определением возбудителя)
- выделений (моча, фекалии, мокрота) в зависимости от клинических проявлений
- крови (при явлениях септицемии, сепсиса)
- ликвора (при менингеальных явлениях)
- материала от лиц, общавшихся с больными.

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

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

- фактам нетрудоспособности
- табелям учета рабочего времени
- данным диспансерного наблюдения.

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

8.2. При стафилококковой этиологии вспышки (золотистый стафилококк) проводится обследование медицинского персонала на носительство стафилококка на слизистых передних отделов носа, при стрептококковой инфекции исследуются мазки из зева.

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

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

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

9. При расследовании вспышки составляют пофамильные списки:

- больных и умерших во время групповых инфекционных заболеваний в акушерском стационаре (табл. 1 Приложения 6)
- новорожденных и родильниц, контактных с заболевшими и умершими (табл. 2 Приложения 6)
- новорожденных и родильниц, переболевших за период не менее чем за 1 - 3 месяца до возникновения вспышки (табл. 3 Приложения 6)
- медицинского персонала, переболевшего за 1 - 3 месяца до вспышки (табл. 4 Приложения 6).

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

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

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

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

13. Следует выявить условия, способствующие возникновению данных групповых заболеваний. В числе их могут быть:

- несвоевременная изоляция и перевод больных
- лечение малых форм ВБИ в акушерском стационаре

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

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

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

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

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

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

Начальник Департамента
госсанэпиднадзора
Минздрава России
А.А.МОНИСОВ

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

Таблица 1
к Приложению 6

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

История родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	Даты						Диагноз: первичный заключительный и патологоанатомический
		поступления	родов	передвижения в отд.	выписки (перевода), смерти	заболевания	госпитализации	
3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица 2
к Приложению 6

СПИСОК И РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
НОВОРОЖДЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ, КОНТАКТНЫХ С ЗАБОЛЕВШИМИ

Ф.И.О.	N истории родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	Даты					Исследуемый материал	Результат бактериологического исследования
			поступления в роддом	родов	выписки (перевода)	передвижения по палатам	исследования		
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица 3
к Приложению 6

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

N п/п	Ф.И.О.	N истории родов (развития новорожденного)	Отделение, N палаты	Даты				Диагноз	Дата бактериальн. исследований (забора материала)	Матери результ бактерио исследо
				рождения	выписки	заболевания	госпитализации			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Таблица 4
к Приложению 6

СПИСОК И РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

N п/п	Ф.И.О.	Должность	Отделение (указать обслуживаемые палаты)	Заболеваемость в предшествующие 1 - 3 месяца		Дата выхода на работу	Дата бактериолог. исследования	Результат
				сроки	диагноз			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таблица 5
к Приложению 6

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

N отделения	Смывы										
	дата	место	количество смывов	число положит. рез.	в том числе						
	взятия смыва	взятия смывов			кишечная палочка	стафилококк	клебсиелла	синегнойная палочка	протей	сальмонеллы	др. возбуд
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Воздух						
дата отбора проб	место отбора проб	количество проб	число положит. рез.	в том числе		
				общее кол-во колоний в 1 куб. м	количество стафилококка в 1 куб. м	др. виды возбудителей
13	14	15	16	17	18	19

Грудное молоко, растворы для питья, лекарственные формы							Материалы на стерильность		
дата и	исследуемый	количество	из них	колититр.	общее	выделяемая	место	количество	из них

место отбора	материал	проб	положит. рез.		микробное число	флора	отбора материала	проб	положит. рез.
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Химический контроль					
дез. растворы			сухие дез. средства		
дата и место отбора	количество проб	из них с содержанием хлор-активных веществ	дата и место отбора	количество проб	из них с заниженным содержанием хлор-активных веществ
30	31	32	33	34	35

Примечания.

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