

М.В. Дзигуа, А.А. Скребушевская

АКУШЕРСТВО

РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.02.01 (060101.52) «Лечебное дело» по ПМ.02 «Лечебная деятельность», МДК.02.03 «Оказание акушерско-гинекологической помощи» и по специальности 31.02.02 (060102.51) «Акушерское дело» по ПМ.01 «Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода», МДК.01.01 «Физиологическое акушерство»; ПМ.04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода», МДК.04.01 «Патологическое акушерство»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	6
Глава 1. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях).....	7
1.1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах	7
1.2. Организация противоэпидемического режима	9
1.3. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий	12
1.4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров.....	19
1.5. Обработка кожи, слизистых оболочек, перчаток, одежды, халата при попадании крови и других биологических жидкостей от ВИЧ-инфицированных пациентов.....	29
1.6. Антисептика рук.....	32
Глава 2. Стандартные медицинские манипуляции в акушерской практике	41
2.1. Исследование пульса на лучевой артерии	41
2.2. Измерение артериального давления.....	42
2.3. Измерение температуры тела в подмышечной впадине	46
2.4. Определение массы тела	48
2.5. Измерение роста.....	49
2.6. Внутримышечная инъекция	50
2.7. Внутривенная инъекция	51
2.8. Подготовка трансфузионной системы	53
2.9. Внутривенное капельное вливание	55
2.10. Накрытие стерильного стола	56
2.11. Открытие стерильного стола.....	57
2.12. Очистительная клизма	58
Глава 3. Физиологическое акушерство.....	61
3.1. Осмотр наружных половых органов	61
3.2. Осмотр шейки матки с помощью влагалищных зеркал.....	66
3.3. Бактериоскопическое исследование выделений из нижних отделов мочеполовой системы.....	75
3.4. Взятие соскоба с шейки матки с использованием <i>Cervex-Brush</i>	79
3.5. Одноручное влагалищное исследование	84
3.6. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование	86
3.7. Измерение таза	89
3.8. Измерение выхода таза.....	92

3.9. Измерение косых размеров таза	95
3.10. Измерение боковых размеров таза.....	97
3.11. Измерение крестцового ромба (ромба Михаэлиса)	98
3.12. Измерение лобкового угла	99
3.13. Пальпация живота	100
3.14. Выслушивание сердечных тонов плода	104
3.15. Измерение окружности живота и высоты дна матки.....	113
3.16. Измерение диагональной конъюгаты.....	115
3.17. Определение истинной конъюгаты (<i>C. vera</i>)	117
3.18. Определение срока беременности	118
3.19. Определение срока родов.....	120
3.20. Прием роженицы в приемно-смотровом отделении	121
3.21. Определение группы крови и резус-фактора	122
3.22. Катетеризация мочевого пузыря.....	123
3.23. Определение белка в моче	127
3.24. Определение продолжительности схваток и пауз	129
3.25. Влагалищное исследование в родах	131
3.26. Туалет роженицы	135
3.27. Достижение головки плода наружным приемом (метод Пискачека)	136
3.28. Аутоаналгезия родов закисью азота с кислородом.....	138
3.29. Подготовка акушерки к приему родов.....	139
3.30. Прием родов при затылочном предлежании плода	140
3.31. Профилактика офтальмобленнорей	157
3.32. Первичная обработка пуповины.....	162
3.33. Вторичная обработка пуповины	166
3.34. Туалет новорожденного	174
3.35. Признаки отделения плаценты.....	178
3.36. Способы выделения отделившегося последа	181
3.37. Осмотр последа.....	185
3.38. Туалет родильницы перед переводом в малую операционную для осмотра родовых путей	188
3.39. Измерение объема теряемой крови в III периоде родов и раннем послеродовом периоде	189
3.40. Первая помощь новорожденному при асфиксии в родильном зале.....	191
3.41. Реанимационная помощь новорожденному в родильном зале.....	198
3.42. Техника непрямого массажа сердца новорожденному	208
3.43. Коррекция нарушений гемодинамики новорожденного в состоянии асфиксии введением медикаментов.....	211

3.44. Подготовка родильницы к кормлению	212
3.45. Прикладывание ребенка к груди.....	212
3.46. Правильное положение ребенка при кормлении.....	214
3.47. Неправильное положение ребенка при кормлении.....	215
Глава 4. Патологическое и оперативное акушерство.....	217
4.1. Признак Вастена	217
4.2. Признак Цангемейстера.....	220
4.3. Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании плода.....	222
4.4. Классическое пособие при тазовом предлежании плода	226
4.5. Ручное пособие при ножном предлежании плода	230
4.6. Извлечение плода за ножку	231
4.7. Классический наружновнутренний акушерский поворот плода на ножку.....	234
4.8. Амниотомия.....	240
4.9. Ручное отделение плаценты и выделение последа.....	244
4.10. Контрольное ручное обследование матки.....	246
4.11. Пудендальная анестезия.....	247
4.12. Рассечение промежности	249
4.13. Послеродовый осмотр шейки матки, влагалища и промежности	252
4.14. Ушивание разрыва шейки матки	253
4.15. Инфильтрационная анестезия при зашивании разрывов влагалища и промежности.....	256
4.16. Ушивание разрывов влагалища	257
4.17. Ушивание разрыва промежности I степени	258
4.18. Ушивание разрыва промежности II степени.....	261
4.19. Туалет родильницы со швами на промежности	266
4.20. Акушерские щипцы.....	267
4.21. Катетеризация периферической вены.....	277
4.22. Удаление периферического венозного катетера	281
4.23. Уход за периферическим венозным катетером	282
Список литературы	283
Тестовые задания	285
Глава 1. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях).....	285
Глава 2. Стандартные медицинские манипуляции в акушерской практике.....	290
Глава 3. Физиологическое акушерство	299
Глава 4. Патологическое и оперативное акушерство	320
Ответы к тестовым заданиям	339

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ (ОТДЕЛЕНИЯХ)

1.1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» утверждены и введены в действие **санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» от 18.05.2010 № 58 (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 № 18094).**

Внутрибольничная инфекция (ВБИ) — любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее пациента 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).

— Руководитель медицинской организации, акушерского стационара (отделе-

ния) является ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ВБИ в родовспомогательном учреждении.

- Организует мероприятия по профилактике ВБИ заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). При отсутствии врача-эпидемиолога обязанности по профилактике ВБИ возлагаются на заместителя главного врача по лечебной работе.
- С целью контроля ВБИ в акушерском стационаре (отделении) создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или заместителем главного врача по лечебной работе. В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог, помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог (при необходимости приглашаются другие специалисты).
- В акушерских стационарах (отделениях) главный врач организует инструктаж для медицинских работников по профилактике ВБИ с последующей сдачей зачетов 2 раза в год.
- При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем — 1 раз в год).
- Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:
 - рентгенологическое обследование на туберкулез — крупнокадровую флюорографию грудной клетки (в дальнейшем — 1 раз в год);
 - исследование крови на RW (в дальнейшем — 1 раз в год); исследование крови на гепатит В у непривитых (в дальнейшем — 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
 - исследование мазков на гонорею (в дальнейшем — 1 раз в год);
 - исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем — 1 раз в год).
- Другие диагностические исследования проводят в зависимости от выявленной у медицинского персонала патоло-

гии. Результаты обследования вносят в личную медицинскую книжку.

- При положительных результатах обследований вопрос трудоустройства решается в соответствии с действующим законодательством. К работе не допускаются лица с неактивными изменениями в легких туберкулезного характера.
- Органы управления здравоохранения субъектов РФ в зависимости от эпидемической обстановки в регионе могут расширять перечень обследований.
- Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную микрофлору осуществляют по эпидемиологическим показаниям.
- Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка при приеме на работу в плановом порядке не проводят.
- Медицинский персонал с лихорадкой, воспалительными и гнойными процессами к работе не допускается.
- Медицинский персонал подлежит обязательным профилактическим прививкам против вирусного гепатита В, а при отсутствии сведений о прививках против дифтерии и туберкулеза его прививают в соответствии с календарем соответствующих прививок.
- Данные периодических осмотров, сведения о профилактических прививках заносят в ф. 30-у и доводят до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА

В целях предупреждения возникновения и распространения ВБИ в акушерских стационарах должен быть организован противоэпидемический режим.

Требования к организации противоэпидемического режима в акушерских стационарах следующие.

- Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.
- Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или отдельным пребыванием матери и ребенка.

- В составе родильного дома предусматривается физиологическое и наблюдательное отделение. Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1–2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.
- В отличие от родильного дома (отделения) в состав перинатального центра входят женская консультация, гинекологическое отделение, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).
- В акушерский стационар категорически запрещается прием родильниц с послеродовыми осложнениями.
- Акушерский стационар (отделение) не менее 1 раза в год должен закрываться на плановую дезинфекцию, в том числе при необходимости — для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). После плановой дезинфекции открытие стационара допускается по согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарный надзор.
- Для персонала должны быть предусмотрены отдельный вход, раздевалка со шкафами для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда должна меняться ежедневно.
- Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно должна проводиться влажная уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств.
- Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток необходимо использовать инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.
- Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-

инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен: соблюдать меры личной безопасности; соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами; свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах; убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции пациентке с ВИЧ-инфекцией; выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение; при аварийных ситуациях провести экстренную профилактику.

- Медицинский персонал работает в медицинских масках одноразового применения при приеме родов в родильном зале, при проведении операций в операционных, при проведении инвазивных манипуляций в отделениях новорожденных. В период эпидемиологического неблагополучия обязательным является использование медицинских масок одноразового применения во всех отделениях акушерского стационара.
- Гигиеническую обработку рук необходимо проводить после любого контакта с пациентами и любой манипуляции.
- Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).
- Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.
- С эпидемиологической позиции оправдана ранняя выписка на 3–4-е сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины (сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья родильницы и новорожденного).
- После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, а постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.
- О выписке родильницы и новорожденного родильный дом информирует женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания с целью осуществления послеродового патронажа.

1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:

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

Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, затем ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии с нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с предлагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных — для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую

посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают под проточной водой и высушивают.

Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в дезинфицирующих растворах в стиральных машинах проходного типа по программе стирки и обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

Дезинфекцию куветов (инкубаторов) проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию куветов конкретной модели.

- Не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих альдегиды, фенол и его производные.
- Дезинфекцию наружных поверхностей куветов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.
- Обработку внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений куветов проводят перед поступлением новорожденного.
- Обработку куветов проводят после перевода новорожденного или не реже 1 раза в 7 дней.
- Перед обработкой кувета его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувета, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувет поступает воздух.
- Дезинфекцию поверхностей проводят способом протирания различных приспособлений — погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания), с последующим промыванием водой в соответствии с режима-

ми отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

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

Дезинфекция объектов больничной среды. Уборка помещений

Помещения акушерских стационаров убирают согласно их назначению и времени работы (табл. 1-1).

- При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей используют дезинфицирующие средства с моющими свойствами. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей, или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками).
- Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ — по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.
- Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, смотровых, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода *Candida*.
- Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отде-

Таблица 1-1. Порядок уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара

Приемное отделение	Родовое отделение				Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
	Предродовые палаты	Родильный зал, боковой родильный блок	Вспомогательные помещения	Послеродовое физиологическое отделение с раздельным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
Текущая уборка						
<ul style="list-style-type: none"> — Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, 1 раз в сутки — уборка с использованием дезинфицирующего средства. — После каждой уборки производится обеззараживание воздуха. — После обеззараживания воздуха 	<ul style="list-style-type: none"> 1. При наличии одного родильного зала: <ul style="list-style-type: none"> — уборка с применением дезинфицирующего средства — 1 раз в сутки при отсутствии родов; — производится обеззараживание воздуха; — помещения протираются в течение 20 мин. 	<ul style="list-style-type: none"> Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день 	<ul style="list-style-type: none"> Ежедневно влажная уборка 3 раза в день: <ul style="list-style-type: none"> — 2 раза с использованием моющего средства; — 1 раз с применением дезинфицирующего средства. 	<ul style="list-style-type: none"> Ежедневно влажная уборка 3 раза в день: <ul style="list-style-type: none"> — 1 раз в день (утром) — с использованием моющего средства; — 2 раза — с применением дезинфицирующего средства (ежедневно после 3-го и 5-го кормления новорожденных). 		

(хынегелдг) хөдөөнтэйгэ хичээлтэйгэ в ийгжөөни хичнэнчигдсдлгнэ өмжиглифодш .г. өвэлг

1	2	3	4	5	6	7
УФ-излучением помещению проветривают в течение 20 мин. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала — комнату-фильтр, затем — смотровую, душевую, санузел	2. При наличии двух и более родильных залов (боксированных родблоков): — уборка в каждом родзале после приема родов (см. п.1)	После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 мин				
Уборка по типу заключительной дезинфекции						
Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала — комнату-фильтр, затем — смотровую, душевую, санузел	При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже 1 раза в 3 дня. При наличии двух родильных залов, в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства.	1 раз в неделю	После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение уборку проводят с применением дезинфицирующего средства.	1 раз в неделю (стены — на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства.		

Окончание табл. 1-1

1	2	3	4	5	6	7
		<p>После каждой уборки все объекты, поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают.</p> <p>После помещения проветривают в течение 20 мин.</p> <p>Дату проведения заключительной дезинфекции фиксируют в журнале</p>		<p>После каждой уборки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают; – воздух обеззараживают с применением УФ-излучения; – помещение проветривают в течение 20 мин. <p>После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию</p>		

лениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

- В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, протирания.
- При проведении заключительной дезинфекции применять средства с широким спектром антимикробного действия (обработку поверхностей осуществлять способом протирания или орошения).
- Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.
- Воздух в помещениях обеззараживают. В последнее время широко используют:
 - обеззараживатель и очиститель воздуха фотокаталитический «Аэролайф-Л». Преимущество его — многофункциональность. Прибор обладает высокоэффективной антибактериальной и стерилизационной активностью, не накапливает вредные примеси на фильтре, а под действием фотокаталитической реакции разлагает их до абсолютно безвредных компонентов естественной воздушной среды. Прибор рассчитан на непрерывную работу с одновременным пребыванием людей;
 - обеззараживание воздуха в присутствии людей с применением новых ультрафиолетовых бактерицидных облучателей-рециркуляторов «Дезар», обеспечивающих фильтрацию воздушного потока.

Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, затем ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посу-

ды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

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

Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в дезинфицирующих растворах в стиральных машинах проходного типа по программе стирки и обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

1.4. ПРАВИЛА СОДЕРЖАНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ

Приемно-смотровое отделение

- При поступлении беременной, роженицы, родильницы в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в отделение патологии беременности (ОПБ), физиологическое или наблюдательное отделение решается на основании данных обменной карты, опроса, осмотра поступающей в стационар женщины.
- Необходимо обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в ОПБ, физиологическое и наблюдательное отделения.
- Для приема гинекологических пациенток необходимо иметь отдельное помещение.
- При поступлении роженице проводится медицинский осмотр, санитарная обработка.

- Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся.
- Душ назначается всем пациенткам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

Порядок санитарной обработки

- Получают у пациентки информированное согласие на процедуру.
- Вскрывают гинекологический комплект.
- Кушетку покрывают подстилкой медицинской, подстилкой медицинской впитывающей (при отсутствии одноразовых гинекологических комплектов используют индивидуальную клеенку или стерильную пеленку).
- Предлагают пациентке лечь на кушетку, на спину.
- Надевают перчатки.
- Встают справа от пациентки.
- Намыливают жидким стерильным мылом подмышечные области ватным тампоном на корнцанге, сбывают волосы в подмышечных областях одноразовым лезвием.
- Сбывают волосы на лобке, сменив лезвие бритвы (предварительно лобок намыливают жидким стерильным мылом ватным тампоном на корнцанге) (рис. 1-1).
- Выполняют очистительную клизму (рис. 1-2).
- Предлагают пациентке опорожнить кишечник.

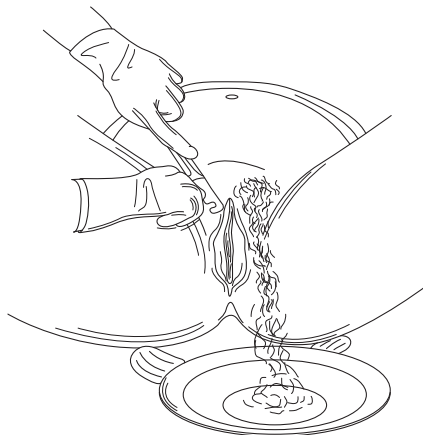


Рис. 1-1. Санитарная обработка беременной — бритье волос на лобке

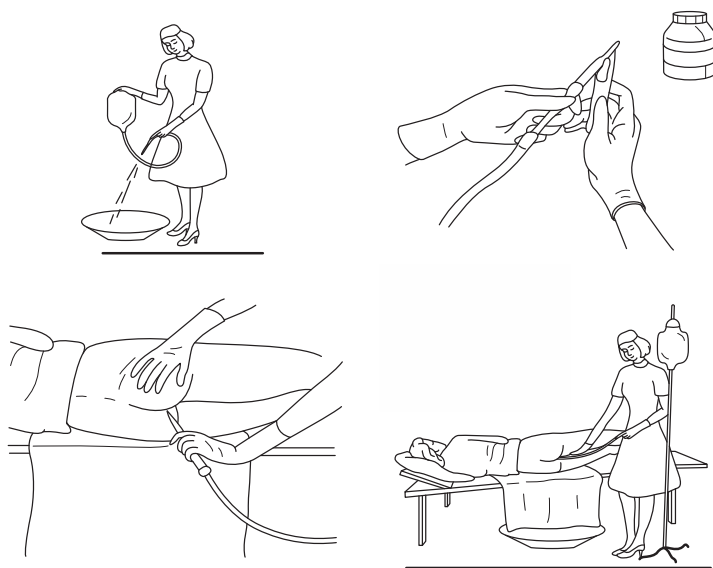


Рис. 1-2. Выполнение очистительной клизмы

- Подстилку медицинскую, подстилку медицинскую впитывающую сбрасывают в емкость с желтым мешком (класс Б) (при использовании индивидуальных клеенок — клеенку сбрасывают в бак с маркировкой «Грязные клеенки».)
- Кушетку обрабатывают ветошью с дезинфицирующим средством.
- Снимают перчатки и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции) с последующей утилизацией в желтый мешок (класс Б).
- Моют руки с мылом или антисептиком и сушат их.
- Пациентке после опорожнения кишечника предлагают принять душ (рис. 1-3); пациентка вытирает тело, надевает стерильное белье и обеззараженные кожаные тапочки.

Примечание.

Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводится. Душ назначается всем пациентам. Выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь [СанПиН 2.1.3. 2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям осуществляющим медицинскую деятельность" (пп. 3.1.2)].



Рис. 1-3. Санитарная обработка беременной — душ

Родовой блок

- В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребенка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с отдельным пребыванием матери и ребенка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».
- В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трех периодов родов и раннего послеродового периода (2 ч).
- В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрасов и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.
- Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье.
- В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных рахмановских кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профи-

- лактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.
- Акушерка перед приемом родов готовится как для хирургической операции.
 - При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды, предпочтительнее одноразового пользования.
 - Новорожденного принимают методом «кенгуру». Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже». Ребенок на животе матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.
 - Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект.
 - Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Новорожденного вытирают теплой стерильной пеленкой.
 - Профилактика офтальмобленнореи у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери при наличии информированного согласия матери на проведение данной манипуляции. Профилактика офтальмобленнореи может проводиться с использованием 1% глазной эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия* (альбуцид).
 - После прекращения пульсации пуповины производят перетяжку и пересечение пуповины.
 - Перед наложением одноразовой пластиковой скобы или лигатуры персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывают 70% этиловым спиртом.
 - Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.
 - Если возникает необходимость освободить верхние дыхательные пути от слизи, необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.
 - После взвешивания, антропометрии и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Все оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов.

Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка

- Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в наблюдательном отделении.
- Для совместного пребывания матери и новорожденного предназначаются одно- или двухместные палаты. Заполнение палат происходит в течение 1 сут.
- Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 сут.
- Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце — ежедневно, подкладные пеленки для родильницы — по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у родильниц и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

Отделение новорожденных

- Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняются синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 сут.
- В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и новорожденного и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по требованию младенца.
- Все изделия медицинского назначения многоразового использования, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного.
- Используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

- Лечение детей с признаками инфекции в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещаются. Новорожденные с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.
- Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении.

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

- В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей. В перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.
- Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери.
- Для сцеживания грудного молока родильницам выдают обеззараженную посуду.
- В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком собранное грудное молоко подвергают пастеризации. *Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30–50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют на водяной бане (не более 5–7 мин от начала закипания воды). Уровень воды должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 ч.*
- Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний.
- Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки.
- Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.
- Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия.

- Разведение смесей осуществляется с использованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидких смесей.

Обсервационное отделение

- Показания к приему беременных и рожениц:
 - лихорадочное состояние (температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$ и выше без клинически выраженных других симптомов);
 - инфекционная патология, в том числе:
 - острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
 - острые респираторные заболевания (грипп, тонзиллит и др.);
 - ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, D, гонорея, герпетическая инфекция;
 - туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых — в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;
 - прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 нед беременности;
 - внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
 - отсутствие медицинской документации и данных об обследовании;
 - роды вне медицинской организации (в течение 24 ч после родов).
- В обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат переводу беременные, роженицы и родильницы, имеющие:
 - повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38°C и выше (при трехкратном измерении каждый час);
 - лихорадку неясного генеза (температура тела выше $37,6^{\circ}\text{C}$), продолжающуюся более 1 сут;

- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, тонзиллит, герпес).
- Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).
- Госпитализации и переводу в обсервационное отделение подлежат:
 - новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное отделение;
 - новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
 - дети, родившиеся вне родильного дома.
- Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.
- В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.
- В обсервационном отделении пациентки размещаются в палаты по нозологическим формам заболевания, а беременные отдельно от родильниц.
- При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы (для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами).
- Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляться в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с новорожденным находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

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

- Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом

- дом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.
- В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.
 - Если в ОРИТН и ОПНН перинатального центра предусмотрен прием новорожденных из других акушерских стационаров, при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.
 - Все диагностические манипуляции медицинский персонал осуществляет в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным и диагностическим мероприятиям.
 - Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук.
 - В каждой палате для осмотра новорожденного предусмотрен пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.
 - Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутным термометром невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного).
 - Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпательом.
 - При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр, термометрия), переодевания и отдыха входящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники) перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделение запрещается приводить несовершеннолетних детей.
 - Каждый случай инфекционного заболевания, в том числе вызванного условно патогенными микроорганизмами, у новорожденного, поступившего или находящегося в ОРИТН и ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.
 - ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка.

- В ОРИТН новорожденные находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.
- Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра.
- В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

1.5. ОБРАБОТКА КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПЕРЧАТОК, ОДЕЖДЫ, ХАЛАТА ПРИ ПОПАДАНИИ КРОВИ И ДРУГИХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

В кабинетах, где возможен контакт медицинского персонала с биологическими жидкостями пациентки, должна находиться **аварийная аптечка «АНТИ-ВИЧ»**.

Перечень медикаментов и предметов общемедицинского назначения укладки «АНТИ-ВИЧ» (в соответствии с п. 8.3.3.1.СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»):

- 70% этиловый спирт* (50 мл; 1 флакон);
- 5% спиртовой раствор йода* (5,0 мл; 2 флакона);
- пипетки глазные (2,0 мл; 2 шт.);
- лейкопластырь бактерицидный* (1 шт.);
- стерильные салфетки (1 упаковка);
- ножницы (1 шт.).

Укладка «АНТИ-ВИЧ» должна храниться в промаркированном контейнере. Экспресс-тесты рекомендовано хранить в упаковке «АНТИ-ВИЧ».

При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией.

В случае порезов и уколов необходимо:

- немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и сбросить их в дезинфицирующий раствор;
- вымыть руки с мылом под проточной водой;
- обработать рану 70% этиловым спиртом*;
- обработать кожу вокруг раны 5% спиртовым раствором йода;

- на рану наложить бактерицидный лейкопластырь^а, надеть напальчник, а при необходимости продолжения работы надеть новые резиновые перчатки.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы необходимо:

- кожные покровы обработать 70% этиловым спиртом^а;
- обмыть водой с мылом;
- повторно обработать 70% этиловым спиртом^а.

При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую полости рта необходимо:

- полость рта промыть большим количеством воды;
- прополоскать 70% раствором этилового спирта^а.

При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и полости рта необходимо:

- слизистую оболочку носа и глаза обильно промыть водой (не тереть!).

При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат (одежду) необходимо:

- снять рабочую одежду;
- погрузить одежду в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;
- кожу рук и других участков тела при их загрязнении через одежду после снятия одежды протереть 70% этиловым спиртом^а;
- поверхность тела промыть водой с мылом и повторно протереть спиртом.

После аварийной ситуации необходимо:

- Как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых 2 ч после аварийной ситуации, но не позднее 72 ч. Постконтактная профилактика проводится по назначению врача-инфекциониста.
- Оформить аварийную ситуацию в соответствии с установленными требованиями:
 - о несчастном случае медицинский работник должен сообщить заведующему отделением, а в его отсутствие (выходные, праздничные дни, ночные часы) — ответственному дежурному врачу и дежурному администратору;

- все обстоятельства аварийной ситуации должны быть зафиксированы в «Журнале регистрации несчастных случаев на производстве» с указанием даты и времени, места, характера повреждений и первичных профилактических мероприятий. Должен быть составлен Акт о несчастном случае на производстве (пп. 8.3.2.1 введен Изменениями № 1, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 № 95);
 - записи в журнале подтверждаются подписями свидетелей.
- В короткие сроки после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, и контактировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего лица проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА. Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица передают для хранения в течение 12 мес в центр СПИД субъекта Российской Федерации.
 - Пострадавшее лицо, которое является потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, инфекций, передающихся половым путем, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний и провести консультирование относительно менее рискованного поведения. Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию. При отсутствии уточняющих данных постконтактную профилактику начинают немедленно, при появлении дополнительной информации схема корректируется.
 - Лабораторное обследование лиц, попавших в аварийную ситуацию, проводят через 3, 6 и 12 мес.

Постконтактная профилактика заражения ВИЧ

Стандартная схема — лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин. При отсутствии данных препаратов для начала химиопрофилактики могут использоваться любые другие антиретровирусные препараты; если невозможно сразу назначить полноценную схему

высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), начинается прием одного или двух имеющихся в наличии препаратов. Использование невирапина* и абакавира* возможно только при отсутствии других препаратов. Если единственным из имеющихся препаратов является невирапин*, должна быть назначена только одна доза препарата — 0,2 г (повторный его прием недопустим), затем при поступлении других препаратов назначается полноценная химиопрофилактика. Если химиопрофилактика начата с использованием абакавира*, следует как можно быстрее провести исследование на реакцию гиперчувствительности к нему или заменить абакавир* на другой нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ).

Все медицинские организации (МО) должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресс-тестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам. Запас антиретровирусных препаратов должен храниться в любой медицинской организации по выбору органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, но с таким расчетом, чтобы обследование и лечение могли быть организованы в течение 2 ч после аварийной ситуации. В МО должны быть определены специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, место их хранения с доступом в том числе в ночное время и выходные дни.

1.6. АНТИСЕПТИКА РУК

В целях эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия:

- ногти должны быть коротко подстриженными, чистыми и не покрытыми лаком;
- исключить использование наклеенных искусственных ногтей;
- руки должны быть ухоженными — без заусениц, микротрещин и пр.;
- на руках не должно быть ювелирных украшений: колец, перстней, браслетов, часов.

Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных

дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентами;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

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

1.6.1. Гигиеническое мытье рук

Порядок выполнения

- Снимают с рук все украшения и часы.
- Ополаскивают руки проточной водой, энергично намыливают ладони, тыльные стороны рук, межпальцевые промежутки, область ногтевых лож и втирают мыло не менее 30 с (рис. 1-4).
- Смывают остатки мыла и грязи (мытьё рук менее 30 с неэффективно, так как намоченные, невымытые или плохо вымытые руки облегчают размножение микроорганизмов).
- Обсушивают руки бумажным полотенцем или разовой салфеткой, которой затем закрывают водопроводный кран (если отсутствуют локтевые или педальные смесители), затем салфетку сбрасывают в мусорный контейнер.

Для мытья рук необходимо применять жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Предпочтительнее в дозаторах однократного применения. Дозаторы многократного использования со временем



а



б



в



г



д



е

Рис. 1-4. Технические приемы обработки рук. Европейский стандарт обработки EN-1500:

а — тереть ладонью о ладонь; **б** — левой ладонью по тыльной стороне правой кисти и наоборот; **в** — тереть ладони со скрещенными раздвинутыми врозь пальцами не менее 1 мин; **г** — тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки; **д** — поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук; **е** — поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев противоположной руки

загрязняются. Жидкое мыло не следует добавлять в частично заполненный дозатор, его следует опорожнить, вымыть, высушить и только после этого заполнить свежей порцией мыла. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

Требования к профессиональному жидкому мылу:

- должно быть рекомендовано для медицинских работников медицинских организаций;
- высокое моющее свойство;
- защита кожи от бактериальной и грибковой микрофлоры (для мыла с антибактериальным эффектом);
- сбалансированный гипоаллергенный состав;
- оптимальный pH 5,5–6,5.

Для просушивания рук следует использовать бумажные полотенца. Ни в коем случае не следует использовать общее полотенце, которое обычно не меняют в течение дня. При отсутствии бумажных полотенец используют куски чистой ткани размером примерно 30×30 см для индивидуального пользования. После каждого использования следует сбрасывать их в специально предназначенные для этого контейнеры для отправки в прачечную.

При проведении осмотра в палатах, когда нет возможности мыть руки мылом после каждого осмотра больного, целесообразно обрабатывать руки кожными антисептиками в виде спрея или антисептическими салфетками.

1.6.2. Гигиеническая антисептика рук

При использовании жидкого антисептического мыла:

- снимают с рук все украшения и часы;
- руки ополаскивают проточной водой, энергично в течение 30 с намыливают ладони и тыльные стороны рук, межпальцевые промежутки, область ногтевых лож, затем тщательно смывают остатки мыла и грязи;
- высушивают руки бумажным полотенцем или разовой салфеткой, которой затем закрывают водопроводный кран (если отсутствуют локтевые или педальные смесители), затем салфетку выбрасывают в мусорный контейнер.

При использовании водных и спиртовых кожных антисептиков:

- снимают с рук все украшения и часы;
- антисептик наносят на ладонь одной руки в количестве не менее 3 мл;

- другой рукой тщательно втирают в ладонные, тыльные поверхности рук и межпальцевые промежутки обеих рук, обращая особое внимание на кончики пальцев, околоногтевые ложа;
- поддерживают руки во влажном состоянии в течение всего времени обработки, рекомендуемого инструкцией по применению конкретного антисептика.

Гигиеническая антисептика рук предполагает более высокий уровень обеззараживания кожных покровов по сравнению с гигиеническим мытьем, так как производят ее до и после манипуляций, связанных с более высоким риском заражения микроорганизмами персонала и пациента.

Для гигиенической антисептики используют средства, содержащие антимикробные агенты, жидкие антисептические мыла, водные или спиртовые растворы кожных антисептиков.

Спиртовые антисептики более эффективны за счет быстрого наступления бактерицидного эффекта; при этом кожа мацерируется меньше, чем при использовании антибактериального мыла или водных растворов.

Руки после мытья тщательно высушивают. Втирание антисептика во влажную кожу снижает его концентрацию, увеличивает время высушивания после обработки антисептиками. Если надевать перчатки на влажные руки, ускоряется образование «перчаточного сока», содержащего бактерии.

После высушивания в кожу рук втирают антисептик в количестве не менее 3 мл, на высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки.

При использовании смягчающего крема для рук недопустимо наносить на руки кожный антисептик без предварительного удаления крема гигиеническим мытьем рук с мылом!

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели пациента и др.). Медицинские работники могут быть обеспечены индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

1.6.3. Надевание и снятие перчаток

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

Порядок действий

- Осторожно вскрывают верхний край упаковки перчаток движением, которым открывают книгу (рис. 1-5, а).
- Натягивают манжету стерильного халата на пальцы правой руки. Раскрывают внутреннюю упаковку так, чтобы правая перчатка была напротив правой руки. По желанию можно использовать пинцет (рис. 1-5, б).
- Правой рукой берут манжету левой перчатки и извлекают ее из упаковки (рис. 1-5, в).
- Кладут перчатку на левое запястье поверх стерильного халата. Через ткань манжеты пальцем левой руки берут перчатку за край (рис. 1-5, г).
- Большим пальцем правой руки берут за отворот перчатки, продолжая ее держать (рис. 1-5, д).
- Натягивают манжету перчатки на левую руку до запястья и основания большого пальца (рис. 1-5, е, ж).
- Натягивают манжету стерильного халата закрытой рукой, держа пальцы так, чтобы можно было надеть перчатку. Таким образом, перчатку надевают не своей наружной поверхностью (рис. 1-5, з).
- левой рукой в перчатке берут правую перчатку (рис. 1-5, и).
- Кладут перчатку на правое запястье поверх стерильного халата. Через ткань манжеты пальцем правой руки берут перчатку за край (рис. 1-5, к).
- Сжимают руку в кулак и постепенно надевают перчатку на руку (рис. 1-5, л).

Надевание стерильных перчаток

- Открывают упаковку перчаток так, чтобы левая рука была расположена напротив левой перчатки. Правой рукой берут отворот левой перчатки (рис. 1-6, а).
- Берут пальцами левой руки, одетой в перчатку, отворот правой перчатки. Перчатку извлекают из упаковки и надевают ее на правую руку (рис. 1-6, б).

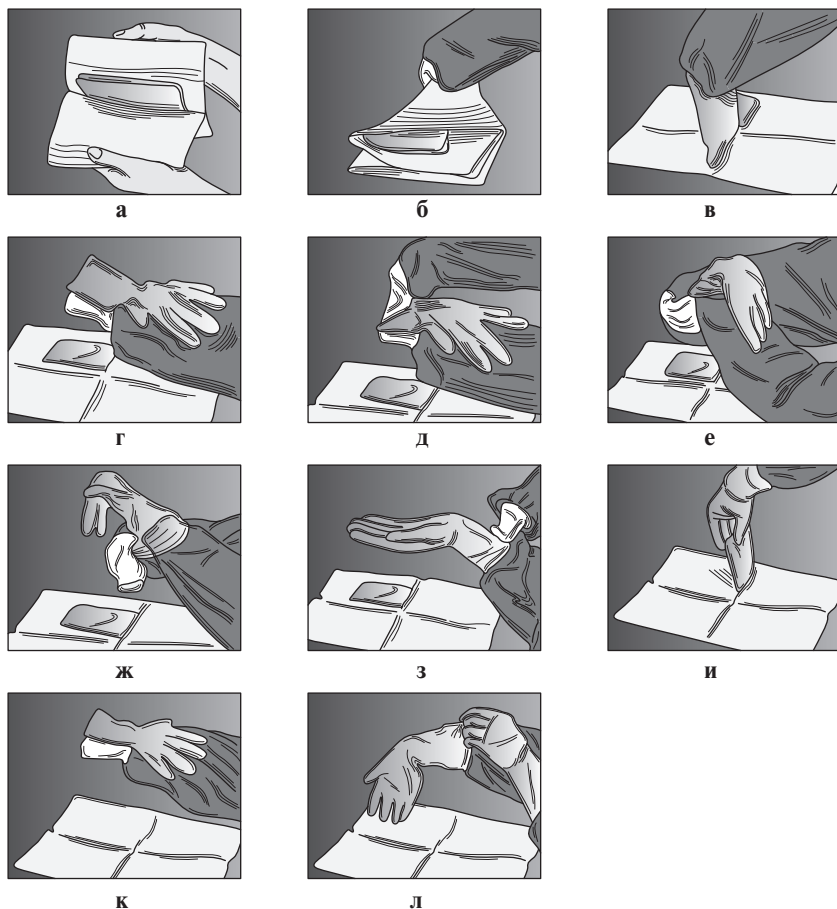


Рис. 1-5. Техника надевания перчаток (пояснения в тексте)

- Оттягивают отворот перчатки на себя так, чтобы поверхность перчатки не соприкасалась с кожей, и натягивают отворот перчатки на халат (рис. 1-б, в).
- Помещают пальцы правой руки в перчатке под отворот левой перчатки и натягивают перчатку на левую руку (рис. 1-б, г).

Снятие перчаток

- Снимают халат.
- Сбрасывают халат в бак для белья.

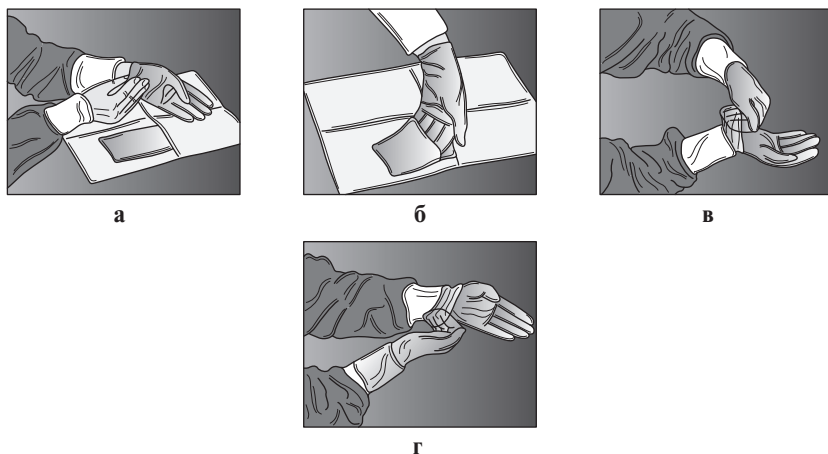


Рис. 1-6. Техника надевания перчаток (пояснения в тексте)

- Медленно снимают правую перчатку, взявшись левой рукой за внешнюю сторону перчатки, выворачивая ее наизнанку (рис. 1-7, а).
- Пальцами правой руки берут манжету левой перчатки и, не касаясь наружной поверхности, снимают перчатку, выворачивая ее наизнанку (рис. 1-7, б).
- Обе перчатки (левая внутри правой) сбрасывают в емкость с дезинфицирующим средством, далее утилизируют.
- После снятия перчаток моют руки с антибактериальным мылом либо обрабатывают их кожным антисептиком.

При загрязнении или повреждении перчаток для профилактики обсеменения рук с поверхности перчаток необходимо строго соблюдать технику их снятия.

Если повреждена одна перчатка, необходимо тут же заменить обе, потому что нельзя снять одну перчатку, не загрязнив другую.

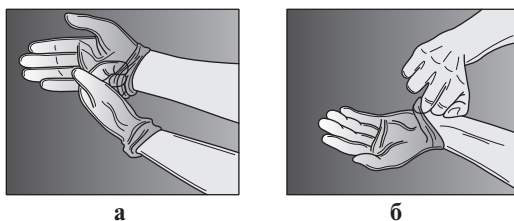


Рис. 1-7. Техника снятия перчаток (пояснения в тексте)

При длительном использовании перчаток скапливается «перчаточный сок», содержащий большое число микрофлоры, отрицательно влияющей на кожные покровы. Кожа больше мацерируется, и повышается ее чувствительность к микроорганизмам. В этом случае рекомендуют использовать неопудренные и гипоаллергенные перчатки.

Недопустимо:

- использование одной пары одноразовых перчаток для ухода за двумя пациентами и более, даже при условии их мытья и дезинфекции;
- обработка одноразовых перчаток спиртсодержащими растворами, которые разрушают защитный слой перчаток (за исключением специальных перчаток, устойчивых к воздействию спиртов и других химических агентов, что регламентировано в инструкциях к перчаткам).

1.6.4. Обработка рук акушеров, принимающих роды и участвующих в операции

Порядок обработки

- Снимают с рук украшения и часы.
- Ополаскивают кисти и предплечья проточной водой, энергично намыливают антисептическим мылом ладони, тыльные стороны рук, межпальцевые промежутки, область ногтевых лож и предплечья в течение не менее 30 с, после чего смывают остатки мыла и грязи (см. рис. 1-4).
- Тщательно высушивают руки стерильными салфетками; втирание антисептика во влажную кожу увеличивает время обработки и снижает концентрацию антисептика.
- Обрабатывают ногтевые ложа, околоногтевые валики.
- На руки наносят кожный антисептик и втирают в кожу кистей и предплечий до полного высыхания. Процедуру нанесения антисептика повторяют дважды.
- Необходимо поддерживать руки во влажном состоянии в течение всего времени обработки антисептиком.
- Количество наносимого антисептика строго дозируют в соответствии с требованиями инструкции по его применению; это количество может быть увеличено, если рука крупная, кожа сухая и пр.
- На высохшие руки надевают стерильные перчатки (см. рис. 1-5, 1-6).