

**Об организации работы родильных домов (отделений)
и дальнейшем улучшении качества акушерско-
гинекологической и неонатальной помощи в Кыргызской
Республике**

В последние годы в Кыргызстане проводятся определенные меры, направленные на улучшение здоровья матери и ребенка. Однако, несмотря на это, многие проблемы в области охраны здоровья матери и ребенка остаются нерешенными.

Показатель материнской смертности в республике остается на высоком уровне и за последние годы не имеет тенденцию к снижению (2005г.– 61, 2006г. - 64, 2007г. – 63,2 на 100000 живорожденных).

Показатель перинатальной смертности в республике также остается на высоком уровне (2005г.–32,4, 2006г.-33,7, 2007г.-33,0 на 1000 живорожденных).

С целью улучшения организации и качества работы родильных отделений (домов), совершенствования службы родовспоможения и неонатальной помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - Инструкцию по организации работы родильного дома/отделения (приложение 1);
 - Перечень медицинских услуг, оказываемых во время родов и в послеродовом периоде (приложение 2);
 - Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных организаций (приложение 3);
 - Инструкцию по организации кабинета вакцинации новорожденных (приложение 4);

- Инструкцию об организации молочной комнаты для приготовления искусственного питания для новорожденных/младенцев, получающих его по медицинским показаниям (приложение 5);

- Инструкцию по выписке и переводам новорожденных детей на второй этап выхаживания в ЛПО (согласно профилю) и Дома ребенка (приложение 6);

- Инструкцию по профилактике внутрибольничных инфекций и инфекционному контролю в акушерских стационарах (приложение 7).

2. Руководителям БТУ ФОМС, ТУ ФОМС, НЦОМиД и ООБ, ТБ районов и городов:

2.1. привести нормативные документы в соответствие с положениями, утвержденными настоящим приказом и обеспечить работу специалистов организаций родовспомогательной службы;

2.2. обеспечить родильные дома/отделения;

- одноразовыми предметами ухода за новорожденными, беременными, роженицами и родильницами в соответствии со стандартами безопасности медицинских процедур;

- медицинскими препаратами в соответствии с утвержденными клиническими протоколами ведения беременных, рожениц и родильниц, а также новорожденных;

- постоянный контроль рационального использования медицинского оборудования и аппаратуры;

- выполнение противоэпидемических мероприятий и санитарно-гигиенического режима в родильных домах (отделениях) в соответствии с руководством (приложение 6);

- госпитализацию родильниц с гнойно-септическими осложнениями в специализированные организации (септическое отделение НХЦ), при их отсутствии - в отделения гинекологии областных и территориальных больниц, родильных домов;

- контроль стирки белья для родильных домов (отделений) с соблюдением технологического процесса (прием белья, стирка, выдача, транспортировка, хранение и др.);

- строгий контроль работы Комитетов инфекционного контроля (КИК) со своевременным принятием соответствующих

мер по профилактике и ликвидации причин возникновения инфекций в родильных домах (отделениях);

- ежеквартальный анализ причин смертности и заболеваемости родильниц и новорожденных, включая гнойно-септические осложнения.

2.3. предусмотреть выделение финансовых средств на обеспечение родильных отделений (домов) уборочным инвентарем и современными дезинфектантами с целью обеспечения стандартов безопасности медицинских процедур;

2.4. обеспечить постоянный и непрерывный контроль деятельности организаций родовспомогательной службы с принятием мер по устранению имеющихся недостатков (внутренний и внешний медицинский аудит).

3. Руководителям ДГСЭН и ЦГСЭН областей, городов и районов, РЦК, обеспечить оказание организационно-методической и практической помощи по безопасности медицинских процедур в родовспомогательных организациях.

4. Руководителям РО СПИД, ЦБПС районов и городов обеспечить оказание организационно-методической и практической помощи по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (вертикальной трансмиссии) и безопасности медицинских процедур в родовспомогательных организациях.

5. Начальникам УОМП (Сагынбаева Д.З.), УКПОиОР (Исмаилов М.А.):

5.1. Проводить на плановой основе кураторскую работу квалифицированными врачами (КНЦРЧ, НЦОМиД) и сотрудниками кафедр (КГМА, КГМИПиПК) в рамках оказания лечебно-консультативной, методической помощи в регионах с высоким уровнем материнской и перинатальной смертности, а также в отдаленных районах республики.

5.2. Пересмотреть учебно-методические программы и интегрировать в систему до- и последипломного обучения врачей и среднего медицинского персонала обучающие программы, основанные на эффективных технологиях (инициативы ОББ/СПЭП, охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания, эффективной помощи новорожденному ребенку, первичной реанимации новорожденного ребенка, неотложной

акушерской и неонатальной помощи, профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ, до и после тестового консультирования на ВИЧ).

Срок – октябрь 2009г.

5.3. Провести изменение учебных планов в программах подготовки до- и последипломного обучения врачей и среднего медицинского персонала с увеличением доли практических часов.

Срок – октябрь 2009г.

5.4. Повысить ответственность научных руководителей кафедр в подборе тематик научных исследований, качества их выполнения и ориентации на практическое применение.

5.5. Увеличить количество врачей неонатологов, реаниматологов-анестезиологов на бюджетной основе в клинической ординатуре исходя из потребностей для республики.

Срок – 2009 -2010г.г.

6. Рекомендовать ассоциациям врачей акушеров-гинекологов и неонатологов повысить качество проводимых аттестаций врачей акушеров гинекологов и неонатологов, принимать участие в разборе случаев материнской и перинатальной смертности.

7. Считать утратившими силу

- Приказ МЗ КР от 24.02.04 г. №48 “Об организации работы родильных отделений (домов) и дальнейшем улучшении качества акушерско-гинекологической помощи в Кыргызской Республике”;

- Указание МЗ КР от 03.04.2007 года № 121.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра М.М. Каратаева и С.Т. Абдикаримова.

Министр

М.А. Мамбетов

Приложение 1 к приказу №92 от 05.03.2009 г.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА/ОТДЕЛЕНИЯ

Стационарная акушерская помощь населению оказывается в родильных домах (самостоятельных) или родильных отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц. Организация их работы строится по единому принципу в соответствии с действующим законодательством, с утвержденным положением о родильном доме/отделении, приказами, нормативно-правовыми документами в соответствии с распоряжениями, инструкциями, указаниями вышестоящих органов здравоохранения и настоящими инструкциями.

В стационаре родильного дома/отделения имеются следующие структурные подразделения: приемно-смотровые отделения и выписные комнаты, родильные отделения (палаты), послеродовые отделения совместного пребывания матери и ребенка (палаты), отделения оперативной гинекологии (койки в хирургическом отделении ООБ, ТБ), операционные отделения (залы) с предоперационными комнатами, отделения патологии беременных (палаты), отделения реанимации и интенсивной терапии или палаты интенсивной терапии (ОРИТ/ПИТ) для новорожденных и для взрослых.

Структура родильного дома/отделения должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических организаций, оборудование родильного дома/отделения - табелю оснащения, санитарно-противоэпидемический режим – действующим санитарным нормативным документам.

В родильном доме/отделении необходимо иметь подводку горячей и холодной воды, кислорода, канализацию, стационарные (переносные) бактерицидные облучатели. Все структурные подразделения должны быть оснащены в соответствии перечнем медицинского оборудования и инструментария, который изложен в приложении 3 настоящего Приказа, соответствующей медицинской мебелью, посудой, предметами ухода, а также мягким и твердым инвентарем. Хранение лишней мебели и неиспользуемой аппаратуры в родильном доме (отделении) строго запрещено.

Родильное и гинекологическое отделения по возможности рекомендуется размещать в разных корпусах; корпус родильного отделения не должен находиться рядом с инфекционным стационаром.

Через приемно-смотровые помещения акушерских отделений должны поступать только беременные и роженицы.

Для приема гинекологических больных необходимо организовать отдельное приемное помещение, в многопрофильных больницах гинекологические больные поступают через приемные отделения больницы.

В гинекологическое отделение по показаниям госпитализируют для оперативного лечения больных, не страдающих гнойно-воспалительными процессами гениталий или злокачественными новообразованиями. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями госпитализируются в г. Бишкек в отделение септической гинекологии НХЦ (в ООБ, ТБ – в отделение хирургии), больные с онкологическими заболеваниями – в отделение гинекологии НЦО, в регионах – в хирургические отделения ООБ, ТБ.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ (ПАЛАТ) РОДИЛЬНОГО ДОМА /ОТДЕЛЕНИЯ

Все родовспомогательные ЛПО должны быть обеспечены:

- централизованным водоснабжением (холодная и горячая вода) и канализацией;

- системой бесперебойной подачи электроснабжения (при аварийных ситуациях - автономные генераторы электропитания);
- отопительными системами, позволяющими в зимнее время поддерживать в родильных залах, операционной, палатах совместного пребывания матери и ребенка температуру в пределах от 25 до 29^oC; относительная влажность воздуха должна составлять 30% - 60%;
- ЛПО первичного уровня в операционной, палатах/отделениях интенсивной терапии взрослых и новорожденных - концентраторами кислорода, мобильными компрессорами сжатого воздуха;
- ЛПО вторичного и третичного уровня в операционных, палатах/отделениях интенсивной терапии взрослых и новорожденных - централизованными системами бесперебойной подачи кислорода и сжатого воздуха (для аварийных ситуаций - концентраторами кислорода, мобильными компрессорами сжатого воздуха).

Каждое лечебное или диагностическое помещение, а также помещения, где находятся беременные, роженицы и родильницы, новорожденные, посетители, должны быть оборудованы устройствами для мытья рук (раковина, подключенная к центральным сетям водоснабжения и канализации, в сельских местностях - умывальники, жидкое мыло, бумажные салфетки, дезинфектанты для медицинского персонала), необходимым количеством санитарных узлов (минимум 1 санузел на 2-3 палаты). Обработка рук должна выполняться согласно стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.05 № 206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

Приемно-смотровое отделение. Приемно-смотровое отделение необходимо оборудовать в соответствии с перечнем медицинского оборудования и инструментария¹, соответствующей медицинской мебелью, предметами ухода, а также мягким и твердым инвентарем. В приемно-смотровом отделении необходимо иметь санитарный узел, по возможности душевые кабины.

Дополнительно к основному перечню оборудования необходимо иметь биксы со стерильными инструментами и бельем для оказания экстренной помощи (в случае родов или кровотечения в приемном блоке), противошоковые аптечки, аптечки при аварийных ситуациях, биксы со стерильными перчатками, ватными и марлевыми тампонами, стерильными шпателями для осмотра зева (возможно применение одноразовых палочек), емкости для обеззараживания использованных инструментов и перчаток. При отсутствии круглосуточной экспресс - лаборатории в приемном отделении необходимо иметь 20% сульфосалициловую кислоту или спиртовую горелку и штатив с пробирками для определения белка в моче.

В приемно-смотровом отделении беременным и роженицам, поступающим на роды, проводятся следующие медицинские мероприятия:

- сбор анамнеза, ознакомление с медицинской документацией (обменная карта, направление ЦСМ, сопроводительный лист скорой помощи);
- при отсутствии антенатального наблюдения или данных о результатах ВИЧ-тестирования во время беременности, следует проводить тестирование на ВИЧ-инфекцию экспресс – тестом в условиях приемно-смотрового отделения родильного отделения/дома с обязательным проведением до-тестового консультирования (ДКТ);
- при положительном результате на ВИЧ-инфекцию экспресс – тестом следует проводить профилактику вертикальной трансмиссии от матери к плоду (см. соответствующий клинический протокол по ВИЧ/СПИД);

²_____

¹ Приложение 3 настоящего приказа (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

- осмотр и объективное обследование: осмотр кожных покровов, термометрия, измерение АД, определение положения и подлежащей части плода, сердцебиение плода, размеры таза, измерение окружности живота и высоту стояния дна матки, определение предполагаемой массы плода;
- проведение осмотра шейки матки в зеркалах или первого влагалищного исследования по необходимости, при котором определяется наличие или отсутствие околоплодных вод, характер выделений, готовность родовых путей, соотношение подлежащей части плода к тазу матери;
- по показаниям проводятся исследования анализа крови и мочи;
- заполнение медицинской документации (журнал поступлений, история родов) на основании документов, удостоверяющих личность, сбор анамнеза и данных объективного обследования, выставление предварительного диагноза;
- при наличии акушерских осложнений, требующих экстренного вмешательства (кровотечение, тяжелая преэклампсия или эклампсия, шоковые состояния) пациентка осматривается на месте консилиумом врачей (анестезиолог, зав. отделением и др.). Лечебные мероприятия проводятся в соответствии с клиническими протоколами и беременная (роженица) транспортируется в соответствующее отделение (операционное, родильный зал, ОРИТ, отделение патологии беременности);
- при поступлении родильницы в III периоде родов или в конце II периода родов, в приемном отделении проводится завершение родов, после чего родильница переводится в отделение на каталке.

Санитарная обработка (клизма, бритье волос на лобке) проводится только по показаниям (при экстренном оперативном родоразрешении, педикулезе, копростазе, по желанию роженицы).

Маркированный уборочный инвентарь следует хранить во вспомогательных помещениях, где также должен находиться запас дезинфицирующих средств.

Родильное отделение/палаты.

Количество индивидуальных родильных палат должно составлять 8% от расчетного числа коек послеродового отделения, но не менее 2-х палат, которые должны иметь хорошее естественное и искусственное освещение. С целью создания приватной, комфортабельной и успокаивающей среды, предназначенной для обеспечения целостности и непрерывности медицинского ухода с участием семьи в процессе родов и постнатального ухода, родильные дома/отделения должны соблюдать следующие условия:

1. Женщина должна находиться в период родовой деятельности, родить и провести как минимум первые 2 часа после родов в той же палате, то есть каждый родильный дом/отделение должен обеспечить как минимум систему типа **В (родовая деятельность – роды – восстановление)**, т.е. родильная комната - послеродовая палата.
2. Если позволяют условия, необходимо обеспечить систему типа **А (родовая деятельность–роды – восстановление – послеродовой период)**, т.е. роженица с момента поступления на роды и до выписки из стационара находится в одном помещении.
3. Если мать и ребенок здоровы, они либо находятся в палате типа **А** после родов и затем отправляются домой, либо переводятся из палаты типа **В** в послеродовое отделение совместного пребывания матери и ребенка.
4. Если необходимо проведение операции кесарево сечение, женщина переводится в операционную, с последующим переводом в помещение типа **А/В**.

5. Реорганизация в родильных блоках/залах:

- замена гинекологических кресел «функциональными» кроватями для проведения родов (родильные залы должны быть использованы для 1-периода родов, проведения родов и восстановления);
- все предметы, используемые для обустройства родильных палат типа А/В, должны быть изготовлены из материалов, которые в случае необходимости легко очищаются моющими и дезинфицирующими средствами (не используются шерстяные ткани, цветы в горшках с землей и т.д.);
- помещения для приема родов должны быть оснащены наглядными информационными материалами по безопасному материнству (свободные роды, выбор позиции в родах, контакт кожа-к-коже, раннее прикладывание к груди);
- максимальное приближение родильных комнат к домашним условиям;
- организация в помещении условий для посетителей при возможных визитах близких родственников (согласно плану родов, в клиническом протоколе).

Описание палат типа А и В.

Проект палаты типа А или В предназначен для обеспечения матери приватной обстановки на протяжении всей родовой деятельности и родов. Кроме того, проектировка палаты должна позволять медицинскому персоналу выполнять свои обязанности во время родовой деятельности, родов и в послеродовой период. Общая площадь палат типа В или А составляет 14-15 м² (без учета площадей туалета и душа). Палата должна иметь отдельные мобильные или стационарные кислородные установки (система подачи кислорода), а также аспирационные установки для матери и ребенка. Необходимо естественное и искусственное освещение для родовой деятельности, а также мобильный источник света, пригодный для отдельных процедур. В палате должно быть вмонтировано в стену достаточное количество двойных розеток.

Палаты А и В могут быть оборудованы туалетом и душем с горячей водой (бойлер) или иметь общий туалет при входе в палаты. Минимальное количество санузлов, которое необходимо обеспечить, составляет 1 на каждые 5 коек. Каждая палата должна быть оборудована умывальной раковиной, подключенной к центральным сетям водоснабжения и канализации, жидким мылом, одноразовыми салфетками. Обработка рук должна выполняться согласно стандарта «Мытье рук» (приказа МЗ КР от 27.05.05 №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

Рекомендуется оборудовать палаты системой связи (для вызова медицинского персонала), по возможности внешней телефонной линией, магнитофоном (с компакт-дисками) или/и радиоприемником (для прослушивания музыки), видеоаппаратурой/телевизором для просмотра образовательных программ (в палате или отделении).

Отделение необходимо оборудовать в соответствии с перечнем медицинского оборудования и инструментария², соответствующей медицинской мебелью, предметами ухода, а также мягким и твердым инвентарем:

1. для беременной и роженицы - комфортабельная функциональная кровать (кресло Рахманова, которое используется на случай проведения оперативных акушерских манипуляций должно находиться во вспомогательной комнате), судна, прикроватные тумбочки, настольная лампа, стулья, резиновый коврик, гимнастические мячи и стенки для рожениц; ширма, запирающийся шкаф для хранения личных вещей, настенные часы, комнатный термометр, опорный поручень, корзина для белья (будет принесена в палату по желанию женщины);

4

² Приложение 3 настоящего приказа (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

2. для новорожденного - кроватка и пеленальный стол с запасными материалами и предметами для круглосуточного ухода.

Оборудование³, которое может находиться вне родильного зала/палаты и вносится по мере необходимости в соответствии с перечнем медицинского оборудования⁴.

Каждая индивидуальная палата должна иметь родильную или простую, но комфортабельную кровать, которая облегчает оказание медицинской помощи в период родовой деятельности и родов. Свободное пространство у ножек кровати должно составлять минимум 1,5 м. для свободного передвижения и доступа к кровати медицинского персонала. Рекомендуется оснастить палату специальными предметами для обеспечения женщине и ее партнеру комфортабельности и функциональности. Должны быть созданы условия для легкой экстренной транспортировки беременной в операционную (каталка/носилки).

В родильном зале в месте, наиболее защищенном от сквозняков, размещается стол для пеленания, тумбочки с предметами ухода за новорожденным. Пеленальные столы во всю ширину должны быть покрыты плоскими матрацами, обшитыми наглухо медицинской клеенкой.

Температурный режим. В родильных отделениях (палатах) необходимо поддерживать постоянный, непрерывный оптимальный температурный режим для новорожденных. Температурный режим в родильном отделении (палате) должен поддерживаться не ниже 25°C, для недоношенных новорожденных (чем меньше срок гестации, тем выше температура окружающей среды в помещении) - до 29°C, при необходимости с целью поддержания постоянного теплового режима следует обеспечить помещения дополнительными источниками обогрева, столы с источником лучистого тепла или подогревом, пеленки должны быть теплыми.

Организация работы. Ведение родов основывается на принципе «все, что соприкасается с раневой поверхностью и слизистой должно быть *стерильным*, все, что соприкасается с кожными покровами, должно быть *чистым*».

Из приемного блока роженица с партнером (при условии предварительной подготовки и соблюдения правил личной гигиены партнерами - комплект чистого домашнего белья, сменной обуви, мытья рук) поступают в индивидуальную родильную палату, где находится в I, II, III и раннем послеродовом периоде. На роженицу заводится партограмма и она находится под индивидуальным наблюдением акушерки и обученного партнера. Помимо постоянного физического присутствия ухаживающего лица, поддержка во время родовой деятельности и родов должна включать спектр мероприятий - физическая поддержка (массаж, прикосновение, холодные или теплые компрессы и т.д.), эмоциональная поддержка (подбадривание, уверенность в успехе родов, прослушивание успокаивающих музыкальных композиций), информационная поддержка (инструкции, информация и рекомендации) и конфиденциальность.

Влагалищные исследования проводятся только по показаниям и по партограмме (частые и беспорядочные влагалищные исследования категорически недопустимы). Каждое влагалищное исследование проводится в стерильных перчатках. Первый период родов ведется без медикаментозного вмешательства с максимальной психоэмоциональной поддержкой и немедикаментозным обезболиванием родов, со свободным положением, без ограничения приема легкой пищи.

Непосредственно перед родами акушерка проводит подготовительные мероприятия:

5_____

³ Примечание: при наличии нескольких родильных палат дополнительное необходимое оборудование можно иметь только в одной родильной палате.

⁴ Приложение 3 настоящего приказа (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

- на инструментальный стол выкладывает пакет для новорожденного (1 стерильный пупочный пластиковый зажим и 1 зажим Кохера, ножницы, ватные шарики, индивидуальные стеклянные глазные палочки), комплект для роженицы (стерильные пеленки, бахилы, рубашка), в идеале необходимо иметь комплекты для родов разового пользования;
- индивидуальная 1% тетрациклиновая или 0,5% эритромициновая мази;
- стерильные перчатки, стерильный шовный материал, стерильные иглы и ножницы;
- готовит идентификационные браслеты/медальоны на новорожденного, куда предварительно вписывает номер истории родов роженицы, фамилию, имя, отчество матери.

В зависимости от навыков и подготовленности медицинского персонала и желания роженицы роды проводятся со свободным выбором позы – на боку, корточках, сидя, стоя, лежа спине и т.д.

После подготовки акушерка надевает защитные очки (маску), фартук. Перед принятием родов проводится хирургическая обработка рук согласно стандарта «Дезинфекция и стерилизация в родильном доме» (Приказ МЗ КР от 17.03.06. № 130 «Об утверждении стандартов дезинфекции и стерилизации в медицинской практике»), затем надевает стерильные перчатки. С рождением ребенка вскрывается пакет для новорожденного (пеленки/полотенца, 1 стерильный пупочный пластиковый зажим, 1 стерильный зажим Кохера, ватные шарики). На инструментальный стол для приема новорожденного выкладываются 3 (и более по необходимости) чистые подогретые пеленки, шапочка без завязок типа лыжной, носочки, возможно использование домашних пеленок. Сразу после рождения новорожденного выкладывают на живот матери (для осуществления контакта кожа-к-коже), не отсекая пуповину. Новорожденного следует обсушить первой теплой сухой пеленкой, накрыть его второй пеленкой, надеть на головку ребенка чистую шапочку и накрыть чистым одеялом вместе с матерью.

Первичный туалет новорожденного начинают с обработки пуповины на животе у матери - через 1 минуту после рождения или после исчезновения пульсации на пуповину накладывают два стерильных зажима - первый зажим (Кохера) на расстоянии 10 см. от пупочного кольца, второй – одноразовый пластиковый зажим на расстоянии 1,5 - 2,0 см. от кожного края пупочного кольца. Участок пуповины между зажимами, предварительно накрыв стерильной марлевой салфеткой, рассекают стерильными ножницами.

Проводится забор пуповинной крови в количестве 3,0 - 5,0 мл. у новорожденных:

- от необследованных и ВИЧ позитивных родильниц (на ВИЧ- инфекцию);
- от родильниц с Rh-отрицательным типом крови или у родильниц, в анамнезе у которых был ребенок с гемолитической болезнью новорожденных - для определения группы крови и Rh-фактора новорожденного, а также для определения уровня билирубина в крови и прямую реакцию Кумбса;
- от родильниц с положительной реакцией Вассермана в течение беременности (на реакцию Вассермана).

Новорожденный должен оставаться в тесном контакте кожа-к-коже с матерью в течение 2 часов, поэтому осмотр здорового новорожденного неонатолог проводит на животе у матери.

Новорожденному проводят 2-х кратное измерение температуры тела – в течение 30 мин. и при переводе в палату совместного пребывания с матерью через 2 часа после рождения.

Раннее прикладывание к груди показано всем здоровым новорожденным (противопоказания со стороны ребенка - масса тела менее 1300гр., тяжелая асфиксия 0-3

балла, родовая травма ЦНС, тяжелые формы гемолитической болезни новорожденных, ВПР - атрезия пищевода, спинномозговая грыжа с нарушением целостности оболочек, гастрошизис, декомпенсированная гидроцефалия; со стороны матери – все ее декомпенсированные состояния). Раннее прикладывание к груди осуществляет акушерка (акушер-гинеколог или неонатолог) в течение первого часа после рождения.

Операция кесарево сечение не является противопоказанием для осуществления контакта кожа-к-коже и совместного пребывания матери и ребенка. По мере пробуждения родильницы от наркоза (через 2 часа и более) ребенок должен быть положен на грудь матери для осуществления контакта кожа-к-коже и прикладывания к груди. При оперативном родоразрешении в процесс осуществления контакта кожа-к-коже следует вовлекать других членов семьи (отца, бабушки, сестры и т.д.), при условии соблюдения «партнерами» правил личной гигиены и предварительной подготовки (комплект чистого домашнего белья, сменной обуви и техники мытья рук).

Мероприятия по профилактике гонобленореи относятся к «отсроченным» и проводятся через 1 час после рождения ребенка. Акушерка снимает стерильными шариками с кожи век ребенка слизь и, поочередно оттягивая нижнее веко, закладывает при помощи индивидуальных тюбиков тетрациклиновой (1%-1,0) или эритромициновой (0,5%-15,0) мази, либо при помощи заранее подготовленных стерильных индивидуальных стеклянных палочек/стерильных бумажных полосок. Туалет недоношенных и маловесных новорожденных необходимо проводить на столе с подогревом - под источником/лампой лучистого тепла.

Перед переводом в отделение совместного пребывания матери и ребенка новорожденному с целью профилактики геморрагического синдрома по показаниям вводят менадион (конакион или витакон) в/м однократно в дозе 1 мг., недоношенным - 0,5 мг. В историю развития новорожденного заносится соответствующая запись.

При переводе новорожденного в палату совместного пребывания матери и ребенка (через 2 часа после рождения) акушерка обрабатывает руки и проводит взвешивание, измеряет рост, окружность головы и груди, проводит повторное измерение температуры тела. Акушерка вписывает в идентификационные браслеты/медальоны **дату и час рождения, а также пол ребенка, массу тела, рост, окружность головы и груди**. Затем акушерка фиксирует на запястьях ребенка 2 идентификационных браслета/медальона (с соответствующей фамилией матери и антропометрическими данными новорожденного), одевает ребенка в домашнюю «одежду» и сверху повязывает 3-й браслетик или медальон.

На 1-й странице истории родов должен быть указан полный диагноз, все осложнения родов, операции и особые мероприятия. После окончательной обработки новорожденного дежурный врач акушер-гинеколог (при его отсутствии - акушерка) заносит соответствующие записи о течении родов в историю родов, а при отсутствии неонатолога заполняет необходимые графы в истории развития новорожденного.

В истории развития новорожденного указывается:

- дата, час и минута рождения новорожденного;
- акушерский анамнез (отмечается длительность безводного промежутка, продолжительность периода родов, состояние и масса, размеры плаценты, наличие обвития пуповины или врожденных аномалий развития, кровопотеря в родах, предлежание - головное, тазовое, ножное);
- отмечают критерии живорождения - “живорожденный” или “мертворожденный”;
- антропометрические данные на новорожденного - пол, масса и длина тела, окружность головы и грудной клетки;

- заносится оценка состояния ребенка по шкале Апгар через 1 и 5 минут после родов; при рождении новорожденного с признаками первичной асфиксии повторная оценка - на 10 и на 15 мин.;
- вносится запись о взятии крови на обследование у новорожденного (тестирование на ВИЧ-инфекцию, определение группы крови и Rh-фактора и проба Кумбса, реакцию Вассермана), о проведении в/м инъекции менадиона (конакион или витакон),
- в соответствующих графах истории развития новорожденного (лист грудного вскармливания и температурный лист) и истории родов строго во времени проводится регистрация раннего прикладывания к груди матери и 2-х кратного измерения температуры тела (на 30 мин. и через 2 часа после рождения), если описанные процедуры не были проведены, следует указать их причину.

Затем по истечению 2-х часового тесного контакта кожа-к-коже осуществляется совместный перевод матери и новорожденного в сопровождении акушерки из родильного зала в палату.

Требования к палатам/комнатам для посетителей/партнеров в родах. В каждом родовспомогательном отделении/доме организуется помещение, где посетители/партнеры рожениц должны сменить верхнюю одежду на чистую домашнюю и обувь (при отсутствии сменной обуви необходимо предусмотреть бахилы). Помещение должно находиться как можно ближе ко входу в ЛПО с оборудованным местом для мытья рук (раковина, жидкое мыло, бумажные салфетки).

Оборудование палаты для посетителей/партнеров: закрывающийся (запирающийся) платяной шкаф, стулья/мягкий уголок, сменная обувь для посетителей (предусмотренная для легкой обработки).

При организации партнерских родов в ЛПО для членов семьи, подготовленных антенатально и принимающих участие в родах в качестве партнеров, необходимо использовать принесенную домашнюю сменную одежду (выстиранную) и сменную обувь при условии соблюдения их чистоты. На случай, когда партнеры рожениц не были заблаговременно подготовлены, в ЛПО должны быть предусмотрены комплекты сменной одежды и обуви (к примеру, пижамы, тапочки и бахилы).

Послеродовое отделение совместного пребывания матери и ребенка должно иметь 50-55% расчетного количества акушерских коек родильного дома. *На 1 материнскую койку приходится 7 м² площади.*

Если организуются послеродовые палаты, в которых находятся несколько матерей с детьми, рекомендуется обеспечить расстояние между койками не менее 1,2 м., расстояние между краем койки и прилегающей стеной не менее 1 м., то есть около 9 квадратных метров на койку. В палате с несколькими кроватями необходимо иметь ширмы для каждой кровати (не более 3-х родильниц в одной палате). Послеродовые палаты, предназначенные для совместного пребывания матери и ребенка, кроме кроватей и тумбочек, должны быть оборудованы детскими кроватками и предметами, необходимыми для ухода за новорожденным, пеленальными столами, емкостями с герметично закрытыми крышками для сбора грязных пеленок, высланных изнутри плотными полиэтиленовыми мешками.

Каждая палата должна быть оборудована устройствами для мытья рук (раковина, жидкое мыло, бумажные салфетки). Если нет централизованной подачи воды, в палатах устанавливается умывальник. Необходимо оборудовать туалет (минимум 1 санузел на 2-3 палаты) и душ на несколько палат (в идеале - в каждой палате).

Кровати застилают постельными принадлежностями непосредственно перед переводом родильницы из родильного блока.

Оснащение:

1. для родильницы- комфортабельная кровать (желательно функциональная), прикроватные тумбочки, настольная лампа, ширма, закрывающийся (запирающийся) шкаф для хранения личных вещей, настенные часы, комнатный термометр, кресло-качалка или регулируемый стул для использования при кормлении ребенка, опорный поручень, скамейка или стул в душе, корзина для белья (будет принесена в палату по желанию женщины);
2. для новорожденного - кроватка и пеленальный стол, одноразовые медицинские средства для ухода за новорожденными (предназначенные исключительно для ухода новорожденных), стационарный педиатрический стетоскоп, лампа для осмотра.

По возможности рекомендуется оборудовать палату **системой связи для вызова медицинского персонала**, а также внешней телефонной линией, видеоаппаратурой/телевизором для просмотра образовательных программ.

Совместное пребывание матери и ребенка позволяет соблюдать основные принципы охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в ЛПО:

- совместное пребывание матери и ребенка 24 часа в сутки/все время пребывания в ЛПО, исключительно грудное вскармливание;
- кормление по требованию не менее 8-12 раз в сутки, практика ночных кормлений;
- строгий запрет на использование сосок, бутылочек/пустышек, кормление донорским молоком;
- практиковать свободное пеленание новорожденных;
- контроль и соблюдение теплового режима и тепловой цепочки;

В палатах совместного пребывания матери и ребенка организуется пост акушерки/медицинской сестры. При приеме новорожденного акушерка/медсестра, неонатолог сверяет документы (содержание текста браслетов или медальона и истории новорожденного), отмечает в истории точное время приема, особенности состояния ребенка, взвешивает ребенка, вносит данные (масса тела, кожная температура) в историю новорожденного и расписывается. Затем акушерка/медсестра после обработки рук приступает к туалету новорожденного, вторичная обработка глаз проводится в палате совместного пребывания путем повторного закладывания за нижнее веко индивидуальной 1% тетрациклиновой или 0,5% эритромициновой мази (или посредством индивидуальных стерильных стеклянных палочек).

Утром, перед первым кормлением, акушерка/медсестра подмывает ребенка с мылом, которое запрещается применять для других целей, проводит термометрию и туалет новорожденного, взвешивает ребенка, кладя на весы новую пеленку для каждого ребенка. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки проводит неонатолог при ежедневном осмотре. Ведение пуповинного остатка/раны в послеродовом периоде осуществляется открытым способом (без использования дезинфицирующих средств). Доношенных детей пеленают с открытыми руками, используя распашонки (свободное пеленание), на головку надевают шапочку во избежание потерь тепла через волосистую часть головы. По окончании утреннего туалета акушерка/медсестра, неонатолог отмечает все данные в истории новорожденного.

Новорожденные полностью обеспечиваются пеленками (20-25 пеленок на 1 ребенка в сутки). Общий запас белья для новорожденных в родильном доме составляет 5 комплектов пеленок для каждого ребенка и 3 комплекта распашонок, матрацев, одеял. Все пеленки, используемые для новорожденных, должны обрабатываться в автоклавах. Пеленки меняют по мере загрязнения и перед кормлением при каждом пеленании. В палатах совместного пребывания матери и ребенка допускается использование домашних пеленок при условии соблюдения их чистоты (выстиранных).

Купание новорожденного относится к «отсроченным мероприятиям», проводится по показаниям и по назначению неонатолога, как правило, через 6 часов после рождения и проводится подготовленной акушеркой/ медсестрой. Мытье головы новорожденного с мылом под проточной водой проводится строго по показаниям (присутствие на новорожденном мекония) через 6 часов после рождения.

До выписки родильницы и новорожденного из родильного дома/отделения медицинский персонал проводит информационную работу по вопросам поддержки исключительно грудного вскармливания, ухода за новорожденным, послеродовой контрацепции. Акушерка/медсестра обучает мать навыкам ухода за новорожденным и пеленанию.

Сцеживание молока. Перед сцеживанием грудного молока родильница должна тщательно вымыть руки с мылом. Сцеживание молока проводится в чистую личную посуду. Емкость для сцеживания перед каждой процедурой промывается мыльным раствором, тщательно ополаскивается под проточной водой, после чего дважды обдается кипятком. После сцеживания емкость со сцеженным молоком должна быть прикрыта чистой салфеткой. Категорически запрещается использовать сцеженное молоко как донорское для кормления новорожденных.

С целью профилактики внутрибольничной инфекции и заболеваемости среди матерей и новорожденных в родовспомогательных организациях республики при нормальных родах и неосложненном течении раннего неонатального периода практикуется ранняя выписка. Ранняя выписка новорожденного проводится через 48 - 72 часа после физиологических родов, если мать и ребенок находятся в удовлетворительном состоянии после проведенных прививок. В истории новорожденного медсестра отмечает время его выписки, состояние ребенка, запись удостоверяется подписями медсестры и матери. Матери выдается обменная карта на новорожденного, где отмечаются основные сведения о беременности, родах и новорожденном (особенности течения раннего неонатального периода). Если выписка новорожденного задерживается более 4 суток в истории развития новорожденного необходимо указать причину поздней выписки.

В отделении выделяют помещение для обеззараживания, мытья и сушки клеенок, чехлов, фартуков. Необходимо выделить подсобные комнаты для маркированных баков, ведер, тазов, дезрастворов (последние используются после освобождения палат). Влажная уборка в палатах осуществляется 3 раза в сутки без дезинфицирующих средств. Использовать дезсредства и бактерицидные облучатели в присутствии новорожденных запрещается. Дезинфекция различных предметов осуществляется во вспомогательных помещениях, либо в палатах после их освобождения с последующим промыванием теплой водой, подсушиванием и проветриванием. После освобождения палаты в ней проводится дезинфекция по типу заключительной с применением дезрастворов.

По возможности, выделив помещение в родильном отделении/доме, необходимо организовать выдачу свидетельств о рождении с приглашением 2-3 раза в неделю работников ЗАГС. Помещения необходимо оформить наглядной информацией по вопросам регистрации новорожденных (прейскуранты бланков для регистрации, заверенные подписью руководителя и печатью органов ЗАГС).

Выписная комната. Выписная комната должна иметь 2 двери (из послеродового отделения и наружу). Не допускается использовать для выписки родильниц и новорожденных приемные помещения акушерских и гинекологических отделений.

Оборудование: настенный термометр (для осуществления температурного мониторинга), пеленальный стол для новорожденного, емкость с крышкой и пластиковым мешком для сбора грязных пеленок, ширма и вешалка для сменной одежды матери, стулья/мягкий уголок для посетителей (по возможности). В помещении должен

поддерживаться температурный режим с использованием при необходимости дополнительных источников обогрева - 25°C для доношенных, для недоношенных новорожденных (чем меньше срок гестации, тем выше температура окружающей среды в помещении) – до 29°C. Помещение должно быть оборудовано устройствами для мытья рук и подмывания новорожденного (раковина, жидкое мыло, бумажные салфетки, емкость для сбора грязных салфеток).

Помещения необходимо оформить наглядной информацией по поддержке грудного вскармливания, планирования семьи, здоровому образу жизни.

Выписка новорожденных. Перед выпиской из родильного дома/отделения неонатолог проводит беседу с матерью и членами ее семьи об опасных признаках болезни у новорожденного и критериях, при которых они должны обращаться за медицинской помощью. Переодевание и пеленание новорожденного проводится на пеленальном столе в палате совместного пребывания в присутствии матери ребенка. Акушерка/медсестра в присутствии матери и членов семьи сверяет ФИО родильницы на браслетах и медальоне, обращает их внимание на состояние кожных покровов, пупочной ранки, стула. Мать ребенка расписывается в истории развития новорожденного о полученных сведениях.

Старшая акушерка/медсестра в день выписки новорожденного сообщает по телефону в ЦСМ или ГСВ по месту его проживания (кроме иногородних) основные сведения о выписанном ребенке для проведения более быстрого первого патронажа на дому. Необходимо отметить в журнале отделения дату выписки и фамилию сотрудника ЦСМ или ГСВ, принявшего телефонограмму.

Манипуляционная послеродового отделения.

Оснащение: кушетка, покрытая медицинской клеенкой, гинекологическое кресло, тумбочки, шкаф, емкость с крышкой и пластиковым мешком для сбора грязного материала. В тумбочках и шкафу хранятся биксы с наборами инструментов для снятия швов, для обработки послеоперационных ран, наборы инструментов для осмотра родовых путей, наборы хирургических инструментов, необходимых для малых акушерских операций, биксы со стерильными перчатками, ватными шариками, салфетками, подкладными пеленками, масками, катетерами, обеззараженными пеленками, посуда для подмывания родильниц.

На столе в стерильных флаконах с притертыми пробками находятся дезинфектанты для обработки послеоперационных швов, 96% спиртом, лоток для отработанного материала.

Процедурная комната.

Оснащение: кушетка, покрытая медицинской клеенкой, столы, шкаф для медикаментов, холодильник, тумбочка, штатив для капельниц. На столе размещают бикс или стерилизаторы со стерильными шприцами и иглами, биксы со стерильными шариками и пеленками.

На столах расположены биксы с ватными шариками, стерильными пеленками, флаконы с 96° спиртом, 5% раствором йода, нашатырным спиртом. В процедурной имеется емкость с дезраствором для обработки оборудования и жесткого инвентаря

Отделения (палаты) патологии беременности.

Манипуляционная

Оснащение: гинекологическое кресло, кушетка, шкаф, тумбочка, приборы для измерения артериального давления, тазомеры, сантиметровые ленты, стетоскопы, биксы со стерильными ватными и марлевыми шариками и салфетками, перчатками, зеркалами для осмотра шейки матки, наборы хирургических инструментов, необходимые для малых акушерских операций (пинцетами, корнцангами, ложками Фолькмана для взятия мазков, одноразовыми стерильными катетерами, лотками для использованного материала).

Операционная с предоперационной родильного дома/отделения

В родильных домах/отделениях необходимо иметь отдельную операционную для акушерских операций. При отсутствии такой возможности гинекологические операции проводятся в операционной хирургического отделения.

Температура в операционной поддерживается в пределах не ниже 20-25°C, относительная влажность - 30-60%.

Операционную необходимо оборудовать в соответствии с перечнем медицинского оборудования и инструментария⁵, соответствующей медицинской мебелью, предметами ухода, а также мягким и твердым инвентарем. Необходимый набор медикаментов, стерильные шприцы и иглы хранятся в шкафу для медицинских инструментов. Шовный материал в ампулах хранится в темном месте.

В операционном блоке предусматриваются вспомогательные помещения для душевой и переодевания персонала (в комнате шкафы, вешалки, тумбочки для сменной обуви – легко обрабатываемые резиновые высокие калоши или закрытые тапочки). Кроме того, в операционном блоке выделяют санитарную комнату, где хранятся маркированный уборочный инвентарь и клеенчатые мешки с использованным бельем.

Палата интенсивной терапии для новорожденных. Оснащение и оборудование: палата должна быть оборудована умывальной раковиной, подключенной к центральным сетям водоснабжения и канализации, в сельской местности - устройствами для мытья рук и подмывания новорожденного (раковина или умывальник, жидкое мыло, бумажные салфетки, емкость для сбора использованных салфеток, пеленок). Температура воздуха в помещениях – не ниже 25°C, влажность - 60% (настенный термометр), обеспечение стационарной системой подводки кислорода.

Отделение необходимо оборудовать в соответствии с перечнем медицинского оборудования и инструментария⁶, соответствующей медицинской мебелью, предметами ухода, а также мягким и твердым инвентарем. Необходимый набор медикаментов, стерильные шприцы и иглы хранятся в шкафу для медицинских инструментов. Необходимо обеспечить свободный доступ матерей в ПИТ новорожденных с целью вовлечения их в процесс ухода за ребенком.

В отделении необходимо предусмотреть помещения для хранения стерильного и грязного белья, помещение для обеззараживания, мытья и сушки аппаратуры. Кроме того, необходимо выделить подсобные комнаты для маркированного уборочного инвентаря и ветоши (баков, ведер, тазов, дезрастворов).

Палата интенсивной терапии (ПИТ) для беременных женщин (рожениц). По возможности, в ПИТ должны быть созданы условия для круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка.

Оснащение и оборудование: палата должна быть оборудована раковиной, подключенной к центральным сетям водоснабжения и канализации, в сельской местности устройствами для мытья рук и подмывания новорожденного (раковина или умывальник, жидкое мыло, бумажные салфетки, емкость для сбора использованных салфеток), необходимо обеспечение стационарной подводкой кислорода. Отделение необходимо оборудовать в соответствии с перечнем медицинского оборудования и инструментария⁷, соответствующей медицинской мебелью, предметами ухода, а также мягким и твердым

⁵ Приложение 3 настоящего приказа

⁵ Приложение 3 настоящего приказа (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

⁶ Приложение 3 (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

⁷ Приложение 3 (Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных ЛПО Кыргызской Республики)

инвентарем. Необходимый набор медикаментов, стерильные шприцы и иглы хранятся в шкафу для медицинских инструментов.

При поступлении беременной женщины (роженицы) с эклампсией устанавливается индивидуальный медицинский пост.

В отделении выделяют помещение для обеззараживания, мытья и сушки аппаратуры. Необходимо выделить подсобные комнаты для маркированного уборочного инвентаря и ветоши (баков, ведер, тазов, дезинфицирующих растворов).

Приложение 2 к приказу №92 от 05.03.2009 г.

Перечень медицинских услуг,

оказываемых во время родов и послеродовом периоде.

Обязанности медицинского персонала, оказываемые при предоставлении медицинской помощи во время родовой деятельности, родов и в послеродовой период:

1. Постоянное присутствие медицинского работника (акушерки или врача) для обеспечения индивидуального ухода во время активной родовой деятельности и родов и до окончания раннего послеродового периода, независимо от отсутствия или присутствия поддерживающего лица во время родов. В случаях, когда существующий штат не позволяет соблюдение данного условия, должны применяться *гибкие схемы* вовлечения персонала в интранатальный уход.
2. Предоставление информации для беременной о составе бригады, которая будет участвовать во время родовой деятельности и родов, о порядке сотрудничества членов данной бригады, о преимуществах присутствия поддерживающего лица и преимуществах психоэмоциональной поддержки в родах.
3. Проведение тестирования на ВИЧ – инфекцию методом экспресс – теста в условиях приемно-смотрового отделения родильного отделения/дома с обязательным проведением до- тестового тестирования (при отсутствии антенатального наблюдения и данных о результатах ВИЧ – тестирования во время беременности).
4. Проведение профилактики передачи ВИЧ от матери к плоду антиретровирусными препаратами при положительном результате на ВИЧ – инфекцию (см. соответствующий клинический протокол по ВИЧ/СПИД).
5. Акушерка должна интересоваться предпочтениями и мнениями роженицы, касающимися присутствия поддерживающего лица, положения при родах, активного ведения III-го периода и т.д. Женщина должна быть информирована о сущности и основаниях предстоящих обследований и процедур.
6. Должны быть созданы условия, а женщина должна быть проинформирована о возможности выбора удобных положений во время родовой деятельности и родов. Вертикальные положения (стоя или ходьба), сидя на корточках, положение колени к подбородку и на коленях, различные опорные положения с поддержкой со спины, осуществляемой партнером (спинкой сиденья или положение на регулируемом стуле), а также положения полулежа (на спине или на боку), которые являются более благоприятными, чем положение «лежа на спине».
7. Каждой роженице должен быть разрешен выбор лица психоэмоциональной поддержки во время родовой деятельности (партнер) – этим лицом может быть муж или кто-то из членов семьи или друзей.
8. Помимо постоянного физического присутствия ухаживающего лица (поддержка во время родовой деятельности и родов), акушерка во время родовой деятельности и родов должна оказывать физическую поддержку (массаж, прикосновение, холодные

или теплые компрессы и т.д.), конфиденциальность и эмоциональную поддержку (подбадривание, уверение в успехе родов).

9. Если женщина предпочитает фармакологические средства обезболивания (наркотические средства, закись азота, эпидуральная аналгезия), сразу после госпитализации в обязательном порядке должны быть обсуждены преимущества и риски каждого метода. Согласие должно быть оформлено письменно.
10. Консультирование по методу ведения III-го периода и получение информированного согласия осуществляются как можно раньше в течение I-го периода, когда беременная/роженица в состоянии адекватно усваивать полученную информацию.
11. Стимулирование родовой деятельности должно осуществляться по строгим показаниям согласно партограмме (ведется в родах) и клиническим протоколам.
12. Не руководить потугами рожениц в период физиологического изгнания.
13. Действия по защите промежности осуществляются только в тех случаях, когда положение рожениц позволяет это и единственным преимуществом от их применения является некоторое уменьшение боли в послеродовом периоде.
14. Эпизиотомия проводится только по показаниям – острая асфиксия плода, быстрые, стремительные и инструментальные роды.
15. Высвобождение головы и внутренняя ротация плеч без активной помощи акушерки.
16. перевязка и пережатие пуповины по окончании первой минуты после рождения.
17. Содержимое дыхательных путей ребенка отсасывается только в случаях, если в амниотической жидкости присутствуют частицы мекония или, если новорожденному трудно вычистить выделения из верхних дыхательных путей. Ларингоскопия и интубация должны применяться только в случае нарушения дыхания.
18. Всем роженицам с Rh (-) кровью с целью профилактики развития Rh-конфликта и гемолитической болезни в течение первых 72 часов после родов вводить анти- D-иммуноглобулин.
19. Предупреждать температурные потери (поддержание «тепловой цепочки»), принимая следующие меры:
 - поддержание температуры в родильном помещении на уровне 25 -29°C (по принципу – чем меньше срок гестации в родах, тем выше температура в родильном помещении), без сквозняков;
 - просушивание ребенка и удаление мокрого белья для предупреждения потери тепла через испарение и проводимость;
 - выкладывание ребенка на живот матери, в контакте «кожа-К-коже» для усиления передачи тепла от матери к ребенку через проводимость;
 - пеленание (одевание) и надевание на голову ребенка шапочки с целью профилактики тепловых потерь, а также во избежание потери тепла путем конвекции и испарения;
 - обеспечение раннего грудного кормления новорожденного (в течение 1 часа после родов);
 - обязательное измерение температуры новорожденного в течение 30 минут после рождения с занесением данных в историю новорожденного;
 - в случае гипотермии принимаются необходимые меры согласно клиническому протоколу.
20. Новорожденный переносится под источник лучистого тепла только в случае медицинских показаний, касающихся его состояния или, если мать не может сразу принять новорожденного. Если новорожденный будет находиться под источником

- лучистого тепла больше 10 минут, необходимо использовать механизмы автоматического контроля температуры (для того, чтобы удостовериться, что ребенок не перегрелся).
21. Осуществление специфических мер, таких как прикрепление идентификационных бирок/браслетов, должно осуществляться в присутствии матери или партнера.
 22. Назначение витамина К новорожденным в родильном зале по показаниям менадион (конакион или витакон) в/м однократно доношенным в дозе 1 мг., недоношенным - 0,5 мг.
 23. Отсроченные процедуры для новорожденных (взвешивание, уход за пуповиной, обследование врачом - неонатологом), кроме неотложных случаев, должны быть отложены на 2 часа после рождения.
 24. Первородная смазка с кожи ребенка не снимается, она впитывается в течение 24 часов и защищает кожу ребенка от инфицирования и микротравм.
 25. Профилактика гонобленореи индивидуальной 1% тетрациклиновой мазью (или посредством индивидуальных стерильных стеклянных палочек) должна проводиться через час после рождения ребенка.
 26. Поощрять матерей к раннему прикладыванию новорожденного к груди (в течение первого часа после рождения), как только ребенок будет выражать готовность и желание, ища грудь матери.
 27. Категорически запрещается прикладывание новорожденных к груди других матерей, как и кормление сцеженным грудным молоком от них.
 28. Категорически запрещается использование искусственного питания для новорожденных, за исключением медицинских показаний (**со стороны матери** – тяжелые некомпенсированные состояния - п/родовое кровотечение, эклампсия, судороги, ССН, острый психоз, прием цитостатиков, гипотиреоз; **со стороны ребенка** - абсолютные (фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа, галактоземия); относительные – тяжелые некомпенсированные состояния (асфиксия, ССН и пр.), ВПР – атрезия пищевода, ВИЧ/СПИД, отказные новорожденные, а также дача питья новорожденным (вода, глюкоза и пр.).
 29. При открытой форме туберкулеза у матери кормить новорожденного только сцеженным молоком матери.
 30. Родильнице с положительным тестом на ВИЧ – инфекцию провести консультацию по кормлению новорожденного с рекомендацией искусственного вскармливания.
 31. Соблюдать право роженицы/родильницы и семьи на полную информацию о родах и новорожденном в объеме, запрошенном женщиной и семьей. Необходимо избегать клинического языка в описании медицинских условий/процедур.
 32. Информация о состоянии новорожденного ребенка предоставляется родильнице и с ее согласия членам семьи.
 33. В целях соблюдения права роженицы/родильницы и семьи на информацию в каждой родовой палате должен быть вывешен список полезных и эффективных процедур.

Приложение 3 к приказу №92 от 05.03.2009 г.

Перечень оснащения медицинской техникой и оборудованием родовспомогательных организаций

Укомплектованность ЛПО должна зависеть от количества родов и уровня оказания медицинской помощи. Ответственным лицом в ЛПО за укомплектованность медицинским оборудованием, его рациональным использованием, а также обеспечением комплектующих частей является непосредственно руководитель ЛПО и руководитель данного структурного подразделения.

Электрическая подводка в ЛПО должна отвечать основным требованиям - не менее 3 евророзеток на одно койко - место, 6 евророзеток - на одно реанимационное место, требованиям безопасности (исключить оголенные провода и розетки), наличие контура заземления, не использовать удлинители, которые мешают безопасному передвижению персонала и пациента по помещению.

Концентраторы кислорода для обеспечения подачи кислорода в ЛПО должны находиться в отдельном помещении с хорошей вентиляцией и шумоизоляцией.

В настоящей таблице оснащения родовспомогательных ЛПО применяются следующие сокращения:

* базовое медицинское оборудование и инструментарий (для первого уровня);

** медицинское оборудование для ЛПО второго и третичного уровня;

*** медицинское оборудование для ЛПО третичного уровня.

Минимальный перечень медицинского оборудования родовспомогательных ЛПО

№	Наименование медицинского оборудования	Примечание
ОЩИЕ СТАНДАРТЫ ДЛЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ЛПО		
1.	Централизованная подача холодной воды	для всех уровней
2.	Централизованная подача горячей воды	для всех уровней
3.	Наличие душевых кабин для матерей и персонала,* при отсутствии централизованной подачи горячей воды в ЛПО установить бойлеры*	для всех уровней
4.	Достаточное количество раковин для мытья рук персонала и женщины, посетителей с оборудованными над каждым местом - дозаторами для жидкого мыла, дезинфектантами и одноразовыми бумажными полотенцами	в каждом служебном помещении, в послеродовых палатах
5.	Наличие концентратора кислорода с подводкой в родильные залы или кислородные подушки	для всех уровней
6.	Система обеспечения централизованной подачи кислорода	для всех уровней
7.	Система обеспечения централизованной подачи сжатого воздуха в операционных, реанимационных	для вторичного и третичного уровня

	залах	
8.	Электрическая подводка должна отвечать основным требованиям	в каждом помещении
9.	Мобильный аккумулятор энергии**	для всех уровней
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПРИЕМНОГО БЛОКА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ (для всех уровней)		
Оборудование		
1.	Весы напольные медицинские с ростомером*	1 на приемный блок
2.	Измеритель артериального давления – тонометр*	1
3.	Кресло гинекологическое, функциональное*	1
4.	Мобильный УЗИ аппарат **	1
Инструменты		
5.	Биксы медицинские стерилизационные*	В необходимом количестве
6.	Инструменты для осмотра (зеркала)*	В необходимом количестве
7.	Индивидуальный первичный набор для принятия родов*	1-2
8.	Реанимационный набор для взрослых*	1
9.	Стетоскоп (2 вида, простой и звуковой – sonicard)*	1
10.	Тазомер*	1
11.	Термометр медицинский*	В необходимом количестве
12.	Термометр настенный*	1
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА/БЛОКА (для всех уровней)		
Оборудование для роженицы		
1.	Вакуум экстрактор с набором колпаков*	1 на род/блок
2.	Мобильная лампа (смотровая)*	1 на род/зал
3.	Манипуляционное кресло (при отсутствии функциональной кровати в одну из родильных комнат для экстренных оперативных вмешательств - вакуум экстракция, ушивание разрывов промежности и шейки матки, ручное обследование)*	1 на род/блок
4.	Кардиотокограф*	1 на отделение
5.	Функциональная кровать для родов*	1 на род/зал
Место для новорожденного		
6.	Дозатор шприцевой*	1 на род/блок
7.	Ручной вентилятор (типа Neoruf)*	1 на род/блок
8.	Стол с обогревом или реанимационный стол с дополнительным источником тепла (часами с механизмом запуска и остановки - Апгар таймер, измерителем потока кислорода/воздуха -	По количеству организованных реанимационных мест

	флоуметром)*	
9.	Электронные весы для новорожденных*	1 на род/зал
10.	Электрический или вакуумный отсос для новорожденных с безопасной силой разряжения (60 – 100 вод. ст. или 0,1 – 0,2 атм.)*	1 на род/блок
Инструменты		
11.	Тонометр индивидуальный*	1-2
12.	Стетоскоп индивидуальный*	1-2
13.	Фонендоскоп индивидуальный*	1-2
14.	Индивидуальный пакет для роженицы и новорожденного (или альтернатива)*	По количеству родов в сутки
15.	Инструменты по стандарту оснащения – отдельный набор для каждой родильной комнаты***	Для каждого родильного зала
16.	Набор стерильных акушерских инструментов*	По количеству родов в сутки
17.	Набор стерильный для обработки пуповины (зажимы)*	По количеству родов в сутки
18.	Реанимационный набор для новорожденных*:	1 на род/зал
	Ларингоскоп с набором прямых клинков (№ 00, 0, 1), лампочек и батареек, мекониальный аспиратор, стерильный коннектор de Lee или тройник	1 на род/зал
	Саморасправляющийся респираторный (дыхательный) мешок размером 250 – 500 см ³ , с набором силиконовых масок с мягким obturatorом (№ 00, 0, 1)	1 на род/зал
	Стерильные катетеры или зонды для отсасывания (3,5, 5, 6, 8 и 10 Fr), стерильные эндотрахеальные трубки (размером 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0), пупочные катетеры Fr 3.5, Fr 5, Fr8; иглы типа “бабочки” и/или внутривенные канюли GA 22, GA 24, GA 26 размеров; шприцы для введения (1,0, 2,0, 3,0, 5,0, 10,0 и 20,0), скальпель, ножницы, лейкопластырь	По количеству проведенной реанимационной помощи в сутки
19.	Термометр медицинский с делениями для низких температур или электронный*	1 на род/зал
20.	Термометр комнатный настенный*	1 на род/зал
Мягкий и твердый инвентарь		
21.	Медицинская холодильная камера для хранения плаценты*	1 на род/блок
22.	Медицинский анестезиологический столик*	1 на род/блок
23.	Дополнительный источник для обогрева (обогреватель)*	1 на род/зал
24.	Специальное оборудование для свободного ведения родов (ванна, надувные кресла, шведская стенка, гимнастический шар, коврик резиновый и т. д.)*	1 комплект на род/зал
25.	Тумбочка для вещей родильницы*	1 на род/зал

26.	Часы настенные*	1 на род/зал
Дополнительная комната для родильного блока (место для аппаратуры и медикаментов, оборудование можно переносить по мере необходимости в любую родильную комнату)		
27.	Волемиический (капельный) инфузионный насос (для жидкости)*	1 на род/блок
28.	Дозатор шприцевой с возможностью самостоятельного регулирования скорости инфузии (для управляемого обезболивания)**	1 на род/блок
29.	Мобильная бактерицидная лампа*	1 на 2 род/зала
30.	Концентратор кислорода (в подсобном помещении)*	1 на род/блок
31.	Пульсоксиметр с модулем неинвазивного измерения артериального давления для матери*	1 на род/блок
Дополнительное оснащение (количество зависит от количества родов, не менее 1 комплекта на 500 родов)		
1.	Медицинский шкаф*	1 на 500 родов
2.	Медицинская кушетка*	1 на 500 родов
3.	Медицинская каталка или кресло*	1 на 500 родов
4.	Передвижной манипуляционный стол*	1 на 500 родов
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПАЛАТ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (для всех уровней)		
1.	Кровать для родильницы*	По количеству коек
2.	Кроватка для новорожденного*	По количеству коек
3.	Пеленальный стол для новорожденного*	По количеству палат
4.	Тумбочка для родильницы*	По количеству коек
Допускается создание дополнительных условий для повышенной комфортности (телевизор, бытовой холодильник, ковры, музыкальный центр, персональный компьютер с доступом к интернету, душевая кабина и пр.)		
Манипуляционная послеродового отделения		
5.	Электроотсос (3л) или вакуумный*	1 на отделение
6.	Кресло гинекологическое*	1 на отделение
7.	Мобильная лампа (смотровая)*	1 на отделение
8.	Мобильная бактерицидная лампа*	1 на отделение
Процедурный кабинет послеродового отделения		
9.	Волемиический (капельный) инфузионный насос (для жидкости)	3 -5 на отделение
10.	Шприцевой инфузионный насос (для медикаментов)*	3 -5 на отделение
Прививочный кабинет для новорожденных		
11.	Биксы стерилизационные малые*	1 на отделение
12.	Кислородная подушка*	1 на отделение
13.	Коробки безопасной утилизации (КБУ)*	По количеству процедур

14.	Медицинская холодильная камера для хранения вакцин, термоконтейнер*	1 на отделение
15.	Мобильная бактерицидная лампа*	1 на отделение
16.	Набор лекарств и изделий медицинского назначения (укладка) для профилактики ВИЧ-инфекции и гепатита*	1 на отделение
17.	Пеленальный столик*	1 на отделение
18.	Прививочный стол*	1 на отделение
19.	Термометр настенный*	1 на помещение
20.	Шкаф для медикаментов*	1 на отделение
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ (для всех уровней)		
Оборудование для рожениц и новорожденных		
1.	Дефибрилятор*	1 на отделение
2.	Дозаторы шприцевые (для медикаментов)*	2 на отделение
3.	Инфузиомат капельный*	2 на отделение
4.	Мобильная бактерицидная лампа*	1 на помещение
5.	Многофункциональный прикроватный монитор (5 параметров)*	1 на отделение
6.	Наркозно – дыхательный аппарат*	2 на отделение
7.	Операционный стол*	1 на помещение
8.	Операционная лампа*	1 на помещение
9.	Реанимационный стол с дополнительным источником тепла для новорожденного*	1 на отделение
10.	Электрокардиограф*	1 на отделение
11.	Электрокоагулятор – электронож*	1 на отделение
12.	Электроотсос (3л) или вакуумный*	1 на отделение
13.	Электрический или вакуумный отсос для новорожденных с безопасной силой разряжения (60 – 100 вод. ст. или 0,1 – 0,2 атм.)*	1 на отделение
14.	Мобильный аккумулятор для энергии***	1 на отделение
Инструменты		
15.	Реанимационный набор для новорожденных*	1 на отделение
	Ларингоскоп с набором прямых клинков (№ 00, 0, 1), лампочек и батареек, мекониальный аспиратор, стерильный коннектор de Lee или тройник	1
	Саморасправляющийся респираторный (дыхательный) мешок размером 250 – 500 см ³ , с набором силиконовых масок с мягким obturatorом (№ 00, 0, 1)	1
	Стерильные катетеры или зонды для отсасывания (3,5, 5, 6, 8 и 10 Fr), стерильные эндотрахеальные трубки (размером 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0), пупочные катетеры Fr 3.5, Fr 5, Fr8; иглы типа “бабочки” и/или	По количеству реанимационных

	внутривенные канюли GA 22, GA 24, GA 26 размеров; шприцы для введения (1,0, 2,0, 3,0, 5,0, 10,0 и 20,0), скальпель, ножницы, лейкопластырь	мероприятий
16.	Набор ларингоскопов для взрослых*	1 на отделение
17.	Реанимационный набор для взрослых*	1 на отделение
18.	Хирургические инструменты для акушерства*	По количеству оперативных вмешательств
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ (для всех уровней)		
1.	Кардиотокограф*	1 на отделение
2.	УЗИ – портативный* или стационарный с доплером**	1 на отделение
Процедурный кабинет		
3.	Волемический (капельный) инфузионный насос (для жидкости)*	3-5 на отделение
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КОЕК ИЛИ ОТДЕЛЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИИ (для всех уровней)		
Смотровой кабинет		
1.	Гинекологическое кресло*	1 на отделение
2.	Лампа смотровая*	1 на отделение
3.	Медицинская кушетка*	1 на отделение
Инструменты		
5.	Абортный набор*	1 на отделение
6.	Электроотсос (3л) или вакуумный*	1 на отделение
7.	Набор гинекологических инструментов*	По количеству пациентов
8.	Набор зеркал для осмотра*	По количеству пациентов
Манипуляционная гинекологическая		
9.	Вакуум аспиратор* шприцевой для проведения медицинских абортов	1 на отделение
10.	Волемический (капельный) инфузионный насос (для жидкости)*	1 на отделение
11.	Кольпоскоп**	1 на отделение
12.	Кресло гинекологическое*	1 на отделение
13.	Медицинская кушетка*	1 на отделение
14.	Мобильная лампа (смотровая)*	1 на отделение
15.	Электроотсос (3л) или вакуумный*	1 на отделение
16.	Наркозно дыхательный аппарат для масочного наркоза***	1 на отделение
17.	Гистероскоп жидкостной или газовый***	1 на отделение
Инструменты		
18.	Абортный набор*	1 на отделение

19.	Набор гинекологических инструментов*	1 на отделение
20.	Набор зеркал для осмотра*	
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ЛАБОРАТОРИИ (для всех уровней)		
1.	Микроскоп бинокулярный*	1 на отделение
2.	Центрифуга*	1 на отделение
3.	Набор лабораторной посуды*	1 на отделение
4.	Биохимический анализатор*	1 на отделение
5.	Анализатор мочи*	1 на отделение
6.	Термостат*	1 на отделение
7.	Коагулометр*	1 на отделение
8.	Счетчик клеток*	1 на отделение
9.	ИФА-анализатор**	1 на отделение
10.	Анализатор газов крови**	1 на отделение
11.	Анализатор ионов крови**	1 на отделение
12.	Бактериальный посев крови**	1 на отделение
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ЦСО (для всех уровней)		
1.	Автоклав 100 л.*	1 на отделение
2.	Сухожаровой шкаф 100 л.*	1 на отделение
3.	Набор биксов (10 шт.)*	1 на отделение
4.	Тест-полоски (1000 шт.)*	1 на отделение
Рентгенкабинет		
1.	Индивидуальные средства защиты (набор)***	1 на отделение
2.	Кассеты для рентгенпленки***	1 на отделение
3.	Красный фонарь***	1 на отделение
4.	Мобильный рентгенаппарат***	1 на отделение
5.	Негатоскоп***	1 на отделение
6.	Рентгенаппарат на 3 рабочих места (графия, скопия)***	1 на отделение
7.	Проявочная машина***	1 на отделение
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПАЛАТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЖЕНЩИН (для всех уровней)		
1.	Аппарат искусственной вентиляции легких для взрослых*	1 на отделение
2.	Дефибрилятор*	1 на отделение
3.	Волемиический (капельный) инфузионный насос (для жидкости)*	1-2 на отделение
4.	Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный)**	1-2 на отделение
5.	Кардиотокограф**	1 на отделение
6.	Многофункциональный прикроватный монитор (ЭКГ, SaO ₂ , неинвазивное измерение артериального	По количеству реанимационных мест

	давления, температура)**	
7.	Мобильный рентген аппарат**	1 на отделение
8.	Мобильный аппарат сонографии (УЗИ)**	1 на отделение
9.	Электрокардиограф**	1 на отделение
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПАЛАТ ИЛИ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННОГО		
Оборудование		
1.	Аппарат пролонгированной вентиляции легких для новорожденных * (с полным комплектом компрессор*, концентратор* или системой сжатого воздуха**)	1 на 2 реанимац. места
2.	Аппарат пролонгированной высокочастотной вентиляции легких для новорожденных (с полным комплектом компрессор, или системой сжатого воздуха)***	1 на 2 реанимац. места
3.	Дозатор шприцевой (инфузиомат)*	2 - 3 шт.
4.	Инкубатор или реанимационный стол с подогревом*	3-4 шт.
5.	Лампа фототерапии*	1 - 2 шт.
6.	Многофункциональный монитор для новорожденного (ЭКГ, SaO ₂ , неинвазивное измерение артериального давления, регистрация апное, температура)*	1 на реанимационное место
7.	Мобильная бактерицидная лампа*	1 - 2 шт.
8.	Мобильный рентген аппарат **	1 на отделение
9.	Мобильный аппарат сонографии (УЗИ)**	1 на отделение
10.	Реанимационный столик с подогревом и необходимыми дополнениями*: *Ручным вентилятором (типа Neoruf) или мешком типа Амбу; *Измерителем потока кислорода/воздуха (флоуметром); *Часами с механизмом запуска и остановки (Алгар таймер); *Дополнительной подсветкой рабочего места	1 на реанимационное место
11.	Система СРАР с портативным компрессором воздуха и концентратором кислорода*/или системой сжатого воздуха**	1 на реанимационное место
12.	Система подачи увлажненного и подогретого кислорода масочным способом с измерителем потока (флоуметр), который позволяет регулировать поток, начиная с 0,5 литров в минуту*	По количеству реанимационных мест
13.	Электрический или вакуумный отсос для новорожденных с безопасной силой разряжения (60 – 100 вод. ст. или 0,1 – 0,2 атм.)*	1 на 3 реанимационных места

На каждые 6 коек реанимации новорожденных также дополнительно:		
14.	Электронные весы*	1-2шт.
15.	Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный)*	1 – 2шт.
16.	Транскутанный билирубинометр*	1 на отделение
Инструменты		
17.	Реанимационный набор для новорожденных:*	1 на отделение
	Ларингоскоп с набором прямых клинков (№ 00, 0, 1), лампочек и батареек, мекониальный аспиратор, стерильный коннектор de Lee или тройник*	2
	Саморасправляющийся респираторный (дыхательный) мешок размером 250 и 500 см ³ , с набором силиконовых масок с мягким obturatorом (№ 00, 0, 1)*	2
	Стерильные катетеры или зонды для отсасывания (3,5, 5, 6, 8 и 10 Fr), стерильные эндотрахеальные трубки (размером 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0), пупочные катетеры Fr 3.5, Fr 5, Fr8; иглы типа “бабочки” и/или внутривенные канюли GA 22, GA 24, GA 26 размеров; шприцы для введения (1,0, 2,0, 3,0, 5,0, 10,0 и 20,0), скальпель, ножницы, лейкопластырь*	По количеству проведенных реанимационных мероприятий
18.	Набор стерильный для*: *катетеризации пупочной вены, *катетеризации периферической вены; *катетеризации артерии; *плевральной пункции; *спинно – мозговой пункции; *проведения операции заменного переливания крови.	По количеству проводимых манипуляций
19.	Стерильный индивидуальный пакет*	20-25 пеленок на 1 ребенка
20.	Термометр медицинский с делениями для низких температур или электронный*	По количеству реанимационных мест
21.	Термометр комнатный настенный*	1 на каждое помещение
22.	Фонендоскоп индивидуальный*	1 на каждого врача
один новорожденный ребенок может одновременно получать инфузию через три инфузиомата - один для обеспечения парентерального питания, 2 - для инфузии лекарственных препаратов		
СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (II ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ)**		
Оборудование		
1.	Дозатор шприцевой (инфузиомат)**	5
2.	Инкубатор**	3
3.	Кроватки для новорожденных**	10
4.	Мобильный УЗИ аппарат для нетранспортабельных детей**	1

5.	Мобильный рентген аппарат для новорожденных и детей до 1 года**	1
6.	Лампа фототерапии**	2
7.	Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный)**	2
8.	Пульсоксиметр с неинвазивным измерением артериального давления**	2
9.	Реанимационные наборы**	1
10.	Система обеспечения централизованной подачи кислорода и сжатого воздуха **	1
11.	Система СРАР с портативным компрессором воздуха и концентратором кислорода/или системой сжатого воздуха**	1
12.	Система подачи кислорода масочным методом, с флюомером, увлажнением и подогревом*	1
13.	Столы с подогревом**	3
14.	Транскутанный билирубинометр**	
15.	Электронные весы**	3
16.	Электрический или вакуумный отсос для новорожденных с безопасной силой разряжения (60 – 100 вод. ст. или 0,1 – 0,2 атм.)**	1 на 3 реанимационных места

Перечень оборудования в родильном блоке (зале) для оказания первичной реанимационной помощи новорожденному

- Саморасправляющийся реанимационный дыхательный мешок (V 250 – 500 см³).
- Маски для проведения ИВЛ для доношенных и маловесных новорожденных с мягким obturatorом (№№ 00, 0 и 1).
- Мекониальный аспиратор
- Стерильный коннектор de Lee или тройник.
- Электроотсос (безопасная сила разряжения 60 – 100 вод. ст. или 0,1 – 0,2 атм.).
- Ларингоскоп с набором прямых клинков (№№ 00, 0 и 1), набор батареек и лампочек.
- Стерильные эндотрахеальные трубки размером 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0.
- Стерильные катетеры/зонды для отсасывания (5, 6, 8 и 10 Fr).
- Лейкопластырь для фиксации трубки.
- Стерильные перчатки.
- Шприцы для введения 1,0 и 10,0.
- Адреналин/эпинефрин (1:10000).

Интубация трахеи, эндотрахеальная санация трахеи и главных бронхов являются инвазивными методами лечения и требуют соблюдения условий стерильности.

Таблица № 1: Размеры эндотрахеальных трубок (ЭТТ) в зависимости от массы тела и гестационного возраста новорожденного.

Размеры ЭТТ (внутренний диаметр, мм)	Вес новорожденного (гр.)	Гестационный возраст (нед.)
2,5	Менее 1000,0	Менее 28
3,0	1000,0 – 2000,0	28 - 34
3,5	2000,0 – 3000,0	34 – 38
3,5 – 4,0	Более 3000,0	Более 38

Таблица № 2: Глубина введения ЭТТ (см.) в зависимости от веса новорожденного.

Вес новорожденного (кг.)	Глубина введения (от линии губ, см.)
0,75кг.	6 см.
1кг.	7 см.
2 кг.	8 см.
3 кг.	9 см.
4 кг.	10 см.

Таблица № 3: Определение размера катетеров, используемых при санации ТБД.

Размеры ЭТТ (внутренний диаметр, мм)	Размеры катетеров
2,5	5 Fr или 6 Fr
3,0	6 Fr или 8 Fr
3,5	8 Fr
4,0	8 Fr или 10 Fr

Таблица № 4: Определение глубины введения катетера при туалете ЭТТ.

Вес новорожденного (гр.)	Глубина введения (от линии губ, см.)
500 гр.	7 см.
500,0 – 1000,0	8 см.
1000,0 – 1500,0	9 см.
1500,0 – 2000,0	10 см.
2000,0 – 2500,0	11 см.
2500,0 – 3000,0	12 см.
3000,0 – 3500,0	13 см.
3500,0 – 4000,0	14 см.

Приложение 4 к приказу №92 от 05.03.2009 г.

Инструкция по организации кабинета вакцинации новорожденных

Вакцинация новорожденных против туберкулеза и против гепатита В проводится в специально предусмотренном для вакцинации кабинете. Лицо, осуществляющее вакцинацию, должно иметь удостоверение и иметь специальную подготовку в данной области с последующей аттестацией каждые 2 года (в соответствии с Приказом МЗ КР № 430 от 07.10.2003 года). Ответственность за своевременное прохождение первичной подготовки и аттестации лица, осуществляющего вакцинацию, возлагается на руководителя родовспомогательной организации.

Возраст	Наименование прививки	Пути введения
Новорожденные (в первые 24 часа жизни)	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	в/м 0,5 мл.
Новорожденные (до выписки из ЛПО)	Первая вакцинация против полиомиелита	Через рот 2 кап.
Новорожденные (до выписки из ЛПО)	Первая вакцинация против туберкулеза	в/к 0,05 мл.

Оборудование кабинета вакцинации новорожденных

- Стол для новорожденных.
- Мобильная бактерицидная лампа.
- Холодильник с термометром и контейнеры со льдом.
- Рабочий стол для медицинского инвентаря.
- Коробки безопасной утилизации (КБУ) для сбора использованных шприцов.
- Сосуды (кюветы) для дезинфекции остатков вакцин.
- Сосуд для дезинфекции использованных перчаток.
- Дезинфицирующее жидкое мыло.
- Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

Помещение должно быть оборудовано устройством для мытья рук (жидкое мыло, бумажные салфетки или сухие одноразовые матерчатые полотенца, дезинфектанты), умывальной раковиной, подключенной к центральным сетям водоснабжения и канализации, в сельской местности - устройствами для мытья рук.

**Инструкция об организации молочной комнаты для приготовления
искусственного питания для новорожденных/младенцев,
получающих его по медицинским показаниям**

Помещение должно быть оборудовано устройством для мытья рук (жидкое мыло, бумажные салфетки или сухие одноразовые матерчатые полотенца, дезинфектанты), умывальной раковиной, подключенной к центральным сетям водоснабжения и канализации, в сельской местности- устройствами для мытья рук.

Оборудование кабинета:

- Раковина с горячей и холодной водой.
- Дезинфицирующее жидкое мыло, одноразовые полотенца
- Сухожаровой шкаф для стерилизации бутылочек и кружек.
- Электрическая плита для кипячения воды, приготовления искусственного питания для новорожденных/младенцев.
- Эмалированные кастрюли, емкости для обработки сосок и зондов, емкости для сыпучих веществ.
- Мобильная бактерицидная лампа.
- Холодильник с термометром.
- Рабочий стол для приготовления искусственного питания для новорожденных/младенцев.
- Сосуд для дезинфекции и сбора использованных перчаток.
- Сосуды (кюветы) для дезинфекции ершиков для мытья бутылочек.
- Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

Искусственное питание для новорожденных готовится непосредственно перед употреблением и только на одно кормление в соответствии с инструкцией, с соблюдением правил асептики, на каждой бутылке должна быть маркировка - название смеси, количество, дата и время приготовления.

Кормление ребенка проводить альтернативными методами вскармливания - из чашки, мензурки, с помощью шприца и зонда одноразового использования.

Инструкция по выписке и переводам новорожденных детей на второй этап выхаживания в ЛПО (согласно профилю) и Дома ребенка

С целью оказания квалифицированной помощи новорожденным палаты второго этапа на уровне ООБ должны быть открыты в помещениях, примыкающих к родильному отделению и соблюдением условий их изоляции (отдельный вход). Оснащение должно соответствовать таблице специализированного отделения патологии новорожденных и недоношенных детей второго этапа со строгим соблюдением санитарно-противоэпидемического режима.

Перевод новорожденных на 2-й этап выхаживания (независимо от места их проживания и без подразделения на городских и сельских) осуществляется в сопровождении медицинского персонала в специально оборудованном транспорте после предварительного согласования.

При отсутствии специализированных организаций (Дом ребенка) перевод здоровых отказных новорожденных осуществляется в отделения патологии новорожденных или отделения младшей соматике ООБ, ТБ.

Критериями направления новорожденного в ЛПО вышестоящего уровня являются состояния, угрожающие жизни, подтвердившийся факт наличия врожденной аномалии, очень низкий вес при рождении (менее 1500,0), угрожающие жизни ребенка ятрогенные осложнения, пребывание на пролонгированной вентиляции легких, либо настоятельная просьба родителей о переводе ребенка.

Выписка или перевод на второй этап в отделение патологии и недоношенных новорожденных осуществляется в следующем порядке:

1. Здоровые новорожденные, родившиеся с массой тела 2500гр. и более, выписываются под наблюдение семейных врачей после получения в родильном доме/отделении необходимых профилактических прививок через 48 -72 часа после физиологических родов.
2. Недоношенные новорожденные с массой тела 1500гр. и более, не имеющие патологических нарушений, кроме недоношенности, при наличии в семье благоприятных условий проживания и наличии у матери навыков ухода за недоношенным ребенком, выписываются домой под наблюдение семейного врача. При этом недоношенные новорожденные должны иметь хороший сосательный рефлекс, стабильную прибавку в массе в течении 3-х последних дней до выписки, способность к устойчивой терморегуляции. При очень ранних преждевременных родах (22 - 28 недель) мероприятия проводятся согласно утвержденным клиническим протоколам.
3. Маловесные новорожденные с наличием клинических патологических состояний переводятся при стабильном состоянии, позволяющем осуществить транспортировку с соблюдением принципа “тепловой цепочки” или метода “Кенгуру” при стабильном состоянии и готовности к транспортировке.
4. Вопрос предстоящего перевода из родовспомогательных организаций в детские стационары/отделения/Дом ребенка необходимо заранее согласовывать с заведующими отделением ООБ, НЦ или руководителями специализированных Домов ребенка.
5. В истории развития новорожденных (Форма № 097/у) четко регистрируются фамилия сотрудника ЛПО, сопровождавшего ребенка, дата поступления/выбытия, а также фамилия сотрудника ЛПО, принявшего/сдавшего ребенка.
6. Согласно ст. 152 Семейного Кодекса, ст. 69 Гражданского Кодекса КР в республике органами опеки и попечительства детей, оставшихся без попечения родителей, являются органы местного самоуправления (отделы опеки и попечительства).
7. В родовспомогательных организациях **категорически запрещается** усыновление/удочерение отказных/оставленных новорожденных, а также оказание

посреднической деятельности с целью подбора усыновителей отказному/оставленному ребенку.

8. О каждом случае отказа матери от ребенка в 3-х дневный срок в письменной форме руководитель ЛПО должен информировать специалиста отдела опеки и попечительства по месту нахождения родильного дома/отделения.

9. Письменное заявление матери об отказе от родительских прав оформляется матерью ребенка собственноручно в 2-х экземплярах, которые закрепляются подписью руководителя и гербовой печатью ЛПО (оригинал – передается с ребенком при переводе в специализированный Дом ребенка, 2-ой - подшивается в историю развития новорожденного).

10. При обнаружении случая оставленного матерью ребенка в ЛПО оформляется акт об оставлении ребенка (Форма установленного образца МВД) в 3-х экземплярах, закрепленное подписью руководителя и гербовой печатью ОВД по месту нахождения родильного дома/отделения.

11. Больные или родившиеся с некомпенсированными состояниями отказные/оставленные новорожденные переводятся на вторые этапы.

12. После окончания курса лечения в детском стационаре/отделении отказной/оставленный ребенок переводится в специализированный Дом ребенка в сопровождении медицинской сестры.

13. Здоровые отказные или оставленные новорожденные (масса тела 2500гр. и более) переводятся в специализированные Дома ребенка после получения необходимых прививок на 7 сутки в сопровождении медицинского работника (акушерки/медицинской сестры послеродового отделения).

14. При доставлении отказного (оставленного) новорожденного в детский стационар/отделение/специализированный Дом ребенка на последней странице карты стационарного больного медсестрой и врачом приемного отделения фиксируется факт доставки и приема новорожденного (четкое и разборчивое указание фамилии сотрудников).

15. Организации здравоохранения, специализированные Дома ребенка предоставляют заключения о состоянии здоровья детей и другие сведения о находящихся в лечебных организациях и подлежащих удочерению/усыновлению младенцах по письменному запросу отделов опеки и попечительства районных, городских администраций и айыл окмоту.

Показания к переводу на второй этап выхаживания в отделения патологии и недоношенных новорожденных:

1. в экстренном порядке - новорожденные с врожденными хирургическими заболеваниями (атрезия пищевода и трахеопищеводные свищи, эвентрация кишечника, диафрагмальная грыжа, спинномозговая грыжа с ликворреей, атрезия ануса);

2. в день постановки диагноза - новорожденные с гнойно-воспалительными и инфекционными заболеваниями;

3. по отдельным состояниям перинатального периода – новорожденные (доношенные и недоношенные) переводятся в сопровождении матери (по возможности) при стабильном их состоянии:

– с перенесенной асфиксией тяжелой степени (менее 3 баллов на 5й минуте жизни) и тяжелой родовой травмой;

– новорожденные, родившиеся в сроке гестации беременности менее 32 недель и/ или массой тела ниже 1500гр.;

– новорожденные с респираторными нарушениями, требующие специальной или длительной респираторной поддержки;

– септические состояния новорожденных;

– сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ВПС с признаками недостаточности кровообращения;

- с врожденными пороками, требующими хирургической коррекции;
- с врожденными тяжелыми нарушениями обмена веществ;
- судорожные и другие пароксизмальные состояния, резистентные к терапии.

Условия перевода новорожденных детей:

- Плановый перевод новорожденных осуществлять при состоянии новорожденных, позволяющих проводить транспортировку, при соблюдении температурного режима и в присутствии родителей новорожденного, а также по предварительному согласованию с руководителем ЛПО, куда переводится ребенок, до 14:00 часов дня. Организовать обязательное сопровождение новорожденного медицинским работником.
- Перевод новорожденных в условия отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных осуществлять реанимационной бригадой на специально оборудованном медицинском транспорте по согласованию с руководителем ЛПО, куда переводится ребенок (для подготовки реанимационного места).
- При ухудшении состояния новорожденного ребенка вследствие нарушений условий транспортировки врачом, принимающим ребенка, заполняется дефектная карта, которая направляется в ЛПО, направившую новорожденного и вышестоящую организацию.
- Сведения о состоянии новорожденного выдаются родителям новорожденного ребенка (матери/отцу), а также лицам, заранее указанным в истории развития новорожденного. Другим лицам или родственникам - только по согласованию матери новорожденного. Информация о состоянии новорожденного родителям предоставляется заведующим отделением, лечащим или дежурным врачом.

В случаях, когда перевод ребенка осуществляется из родильного отделения/дома и/или II этапа выхаживания, требуется данные о проведенных исследованиях:

- Кровь на RW и ВИЧ- инфекцию;
- Кровь на Hbs –антиген и гепатит С;
- Кал на кишечную группу.

В случаях, когда ребенок поступает в специализированное ЛПО из дома, дополнительно к выше перечисленным данным требуется наличие:

- Кал на я/глист.

Новорожденные переводятся из родильных отделений/домов на II этап выхаживания при наличии следующих документов:

1. Медицинское свидетельство о рождении (форма №103/У) или свидетельство о рождении из органов ЗАГС.
2. Переводной эпикриз, содержащий информацию о состоянии новорожденного (сведения из основной базы данных индикаторной системы для мониторинга новорожденных согласно приказу МЗ КР № 45 от 3.02.04г.), закрепленный подписью руководителя и гербовой печатью ЛПО, откуда осуществляется перевод ребенка.

В специализированные дома ребенка (гг. Бишкек и Ош) и республиканский специализированный дом ребенка для детей с нарушениями ЦНС (г. Токмок) переводятся отказные и брошенные новорожденные соответственно профиля (с массой тела 2500гр. и более) при наличии следующих документов:

1. Свидетельство о рождении из органов ЗАГС.
2. Переводной эпикриз, содержащий информацию о состоянии новорожденного ребенка (сведения из основной базы данных индикаторной системы для мониторинга новорожденных согласно приказу МЗ КР №45 от 3.02.04г.), закрепленный подписью руководителя и гербовой печатью ЛПО, откуда осуществляется перевод.
3. Письменный отказ от родительских прав или акт о подкинута/ брошенном ребенке (Форма установленного образца МВД) в 1-м экземпляре (оригинал).
4. Ксерокопия документа, удостоверяющего личность матери (при условии, что таковой документ имеется).

ИНСТРУКЦИЯ **по профилактике внутрибольничных инфекций** **и инфекционному контролю в родильных домах/отделениях**

Инфекции родильниц и новорожденных в родильных домах/отделениях составляют значительный удельный вес в общей структуре внутрибольничных инфекций (ВБИ). Данные некоторых выборочных исследований по СНГ свидетельствуют, что ВБИ развиваются у 10-35 % новорожденных и 6-8 % родильниц. При этом доминируют экзогенные заражения, а эндогенное возникновение ВБИ наблюдается сравнительно редко.

Этиологическая структура ВБИ новорожденных и родильниц чаще всего представлена *S. aureus*, вместе с тем, иногда они вызываются эшерихиями, клебсиеллами, энтеробактерами, псевдомонадами и др., обладающими множественной резистентностью к антибактериальным препаратам.

Распространению ВБИ в родильных домах/отделениях способствуют как естественные механизмы, так и искусственные, связанные с родовспоможением и другими лечебно-диагностическими процедурами. Среди факторов передачи наибольшее значение имеют контаминированные руки медицинского персонала, а также могут быть жидкие лекарственные формы для новорожденных, детские молочные смеси, сцеженное и донорское грудное молоко.

2. Факторы риска ВБИ

Новорожденные:

- недоношенность;
- рождение от матери с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями, перенесшей острые инфекции во время беременности;
- родовые травмы;
- врожденные аномалии развития;
- оперативное родоразрешение.

Родильницы:

- хронические соматические и инфекционные заболевания;
- отягощенный акушерский анамнез;
- родоразрешение путем операции кесарево сечение;
- инструментальные вмешательства в родах;

4. Общие меры профилактики ВБИ в родильных домах/отделениях

– Совместное пребывание матери и ребенка способствует колонизации кожных покровов и слизистых оболочек, новорожденных материнскими, а не госпитальными штаммами, вызывающими большинство ВБИ. Быстрое формирование нормального биоценоза, являющегося мощным фактором неспецифической защиты организма, а также уменьшение интенсивности общения новорожденного с медицинским персоналом приводит к значительному снижению заболеваемости ВБИ.

– Адекватное лечение соматических и инфекционных заболеваний, возникающих во время беременности.

– Раннее прикладывание новорожденного к груди с целью формирования нормального биоценоза и иммунной системы.

– Ранняя выписка из стационара с последующим активным патронажем матери и новорожденного.

– Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

– Строгое соблюдение рекомендуемых клинических протоколов, демедицинализация родов и рациональная антибиотикотерапия.

– Допуск близких родственников на роды способствует моральной и эмоциональной поддержке рожениц (роль присутствующих родственников, как источников инфекции, ничтожна).

4. Основные инфекции родильниц и меры их профилактики

Инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) представляет наиболее серьезное осложнение операции кесарева сечения, вызванное в большинстве случаев контаминацией раны эндометриальными микроорганизмами во время операции. Наибольшим риском развития ИОХВ раневой инфекции обладают операции кесарева сечения, проводимые во втором периоде родов.

Меры профилактики:

- Ограничение показаний к операции кесарево сечение.
- Антибактериальная профилактика - однократное интраоперационное введение одной дозы ампициллина или цефалоспорины первого поколения.

Эндометрит является частым осложнением послеродового периода. Риск развития эндометрита выше при проведении операции кесарева сечения, чем при естественных родах: от 5% при плановых операциях кесарева сечения до 85% при экстренных операциях в группах высокого риска; 1-3% при естественных родах.

Основные факторы риска развития эндометрита:

- разрыв плодного пузыря, безводный длительный промежуток;
- частые влагалищные исследования, наличие инфекции мочевыводящих путей;
- экстренное оперативное родоразрешение во втором периоде родов;
- инструментальные вмешательства в родах

Инфекции мочевыводящих путей (уретрит, цистит)

Меры профилактики:

- Ограничения влагалищных исследований во время родов - адекватная обработка области промежности до и после родов.
- Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).
- Строгое соблюдение принципов асептики персоналом, принимающим роды (стерильные перчатки, катетеры).

Инфекции груди

Мастит (абсцесс молочной железы). Инфекции груди возникают при ее колонизации в основном *S. aureus*, которой обычно предшествует колонизация ребенка.

Меры профилактики

- Правильное положение и прикладывание новорожденного к груди
- Адекватная техника кормления грудью для предотвращения возникновения трещин сосков.
- Профилактика застоя молока - кормление по требованию ребенка, следует избегать длительных промежутков между кормлениями или сцеживаниями, отсутствие ночных перерывов.
- Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).

Основные инфекции новорожденных

Обязательному специальному учету и регистрации подлежат все инфекционные заболевания новорожденных, независимо от того, где они проявились: в родильных домах/отделениях, в отделении новорожденных детской больницы, любом другом отделении (хирургическом и т. д.) или при наблюдении семейным врачом, фельдшером на дому.

При единичных случаях регистрации ВБИ экстренные извещения в территориальные ЦГСЭН не подаются, расследования проводят специалисты Комитета инфекционного

контроля (КИК) ЛПО. В территориальные ЦГСЭН в случае вспышки подаются экстренные извещения КИК родильного дома/отделения с вовлечением специалистов для оказания консультативной помощи. Групповыми следует считать 3 и более случаев инфекционных заболеваний, связанных одним источником и фактором передачи инфекции во время одномоментного пребывания в роддоме/отделении. Увеличение случаев заболеваний новорожденных (выше базового уровня) выявленных на дому, является сигнальным признаком (индикатором) неблагополучия в роддоме/отделении.

Инфекции новорожденных, приобретенные трансплацентарно, не считаются внутрибольничными, к ним относятся: токсоплазмоз, краснуха (синдром врожденной краснухи – СВК), цитомегаловирусная инфекция, сифилис, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит В и др.

К внутрибольничным инфекциям новорожденных относятся инфекции, приобретенные в результате прохождения через родовые пути и в роддоме/отделении после рождения. В числе внутрибольничных инфекций новорожденных могут быть любые из традиционных инфекций (ОКИ, сальмонеллез и др.) и инфекции кровотока (сепсис).

Наиболее распространенные внутрибольничные инфекции новорожденных – омфалит, конъюнктивит, пустулезные высыпания (пиодермия), инфекция после операции обрезания крайней плоти.

Профилактика внутрибольничных инфекций новорожденных:

- Раннее прикладывание новорожденных к груди, контакт «кожа к коже».
- Совместное пребывание матери и ребенка.
- Контроль стерильности инвазивных и других процедур при рождении ребенка.
- Строгое соблюдение стандарта «Мытье рук» (Приказ МЗ КР от 27.05.06. №206 «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур»).
- Ранняя выписка из стационара.

Система эпиднадзора за ВБИ проводится согласно методического руководства «Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями» (Приложение 2) 1.3. «Инструменты оценки инфекционного контроля в медицинских организациях» (Приложение 3) утвержденного приказом Минздрава КР 29.01.08г. «Об усовершенствовании системы инфекционного контроля и мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения Кыргызской республики»

6. Внутренний инфекционный контроль в акушерских стационарах

Организацию инфекционного контроля в роддоме/отделении необходимо проводить согласно «Положению об организации инфекционного контроля ЛПО», «Положению о специалисте по инфекционному контролю ЛПО» (Приказ МЗ КР от 06.11.2003 № 490 «Об организации инфраструктуры эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями»).

Медицинские отходы подлежат утилизации в соответствии с действующими нормативными документами Кыргызской Республики.

7. Плановые санитарно-бактериологические исследования окружающей среды в родильном доме/отделении проводятся 2 раза в году и по эпидпоказаниям согласно «Методического руководства по бактериологическому контролю в ЛПО республики» (Приказ МЗ КР от 26.11.08г. №610 "О совершенствовании системы эпиднадзора за инфекционными и паразитарными болезнями в Кыргызской Республике").

При осложнении эпидемической ситуации в процессе установления причин санитарно-бактериологическому обследованию подлежат:

- воздух на общую микробную обсемененность в 1 м³ и на наличие золотистого стафилококка в операционных, родзалах;
- вода на общее микробное число, общее число колиформных бактерий, термотолерантных бактерий и патогенной микрофлоры;
- лекарственные растворы, инструменты и материалы на стерильность;

- окружающие предметы, руки и одежда персонала на обсемененность патогенной микрофлорой и кишечной палочкой;
- другие исследования по усмотрению эпидемиолога.

8. При выявлении внутрибольничного инфицирования проводятся:

- микробиологическое исследование патологического материала от больного;
- идентификация выделенных микроорганизмов;
- определение спектра чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.

Предвестниками эпидемического неблагополучия в родильном доме являются:

- появление среди новорожденных детей заболеваний одной клинической нозоформы;
- регистрация случаев заболеваний с тяжёлым клиническим течением (сепсис, абсцесс, менингит и др.);
- увеличение числа заболеваний среди новорожденных в первые 5 дней после рождения;
- случаи гнойно-воспалительных и других инфекционных заболеваний среди родильниц, медицинского персонала;
- возрастание частоты обнаружения условно патогенных микроорганизмов на предметах окружающей среды во время работы (более 15% из числа взятых смывов);
- превышение допустимых уровней бактериальной обсемененности воздуха в родзалах, операционных;
- появление среди циркулирующих в акушерском стационаре штаммов грамотрицательных микроорганизмов (синегнойная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии и др.), а также золотистых стафилококков с маркерами госпитальных штаммов;
- наличие аварийных ситуаций (перебои в водоснабжении, работе автоклавов, дезкамер и др.);
- перегрузка роддома/отделения (увеличение более чем на 30% ежедневного числа родов по сравнению с нормативными показателями).

При ликвидации группового заболевания (эпидемической вспышки) развёртывают резервное помещение для приёма рожениц и беременных. Больные новорожденные переводятся в детскую больницу (отделение), контактные выписываются домой с установлением ежедневного наблюдения семейным врачом в течение 10 дней. В освобождённом родильном доме проводится заключительная влажная и камерная дезинфекция.

По ликвидации эпидемической вспышки итоги и выводы обсуждаются в коллективе роддома с участием специалистов ЦГСЭН.

Успех инфекционного контроля зависит от взаимопонимания между администрацией, врачами, эпидемиологом, акушерками, медицинскими сестрами. Крайне важна поддержка руководства, которые не должны рассматривать случаи ВБИ, как повод для наказания отделения или конкретного сотрудника, необходимо искать причину в системе организации инфекционного контроля и вносить в нее необходимые коррективы.

Основные санитарно-противоэпидемические мероприятия

Организационные мероприятия

- Ответственными за выполнение санитарно-противоэпидемического режима непосредственно в отделениях являются заведующие отделениями и старшие акушерки.
- Слежение за санитарно-противоэпидемическим режимом осуществляет специалист по инфекционному контролю.
- Госпитальный эпидемиолог или другой специалист по инфекционному контролю проводит занятия по основным требованиям санитарно-противоэпидемического режима роддома/отделения с персоналом при поступлении на работу и в последующем не реже 1 раза в год.

- Лица, поступающие на работу в роддом/отделение, проходят обследование согласно приказу Минздрава №285 от 15.06.2004г. «О внесении изменений в приказ Минздрава №70 от 20.03.00г. «О проведении обязательных, предварительных и периодических медицинских осмотров работников», в последующем медицинское обследование проводится в соответствии с этим же приказом.
- Медперсонал ежедневно перед началом работы надевает чистую спецодежду. Ношение масок обязательно лишь при проведении процедур. Во всех других отделениях работа в масках вводится специальным распоряжением на период эпидемиологического неблагополучия по острым респираторным заболеваниям, гриппу и другим инфекциям, передающимся воздушным путем.
- Роддом/отделение должен закрываться для проведения капитального или косметического ремонта помещений по необходимости. Целесообразно проводить ремонт стационара родильных домов/отделений по блокам. Ежегодные плановые профилактические закрытия родильных домов (отделений) не проводятся (за исключением санитарных предписаний ЦГСЭН).

Правила содержания помещений и работы

- В помещениях роддома/отделения проводится уборка согласно стандартам «Уборка процедурного и перевязочного кабинетов» и «Уборка палат» (Приказ МЗ КР от 17.03.2006. №130 «Об утверждении стандартов дезинфекции и стерилизации в медицинской практике»).
- При работе с пациентами должно выполняться требование: все, что соприкасается с раневой поверхностью и слизистыми, должно быть стерильно; все, что соприкасается с кожными покровами, должно быть чистым.
- Женщины, поступающие в роддом/отделение, могут пользоваться собственной одеждой, комнатной обувью и предметами личной гигиены.
- После освобождения палаты, в ней проводится влажная уборка с дезинфицирующим средством, постельные принадлежности отправляются в дезкамеру. В присутствии рожениц запрещается проводить уборку с дезсредствами и включать бактерицидные лампы.
- При наличии одного родзала прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях. После окончания родов и перевода родильниц в послеродовое отделение, матрас и подушка, обшитые клеенкой, выносятся во вспомогательное помещение и протираются ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Уборку с использованием дезсредств (пол, краны, раковины, столы, кровати для рожениц) проводят 1 раз в сутки при отсутствии родов. При введении в практику новых приемов ведения родов (прием родов в палатах в присутствии родственников и др.) разрабатываются дополнительные руководства.
- При наличии двух родзалов, они работают поочередно. Свободный родзал обрабатывается по типу заключительной дезинфекции с последующим тщательным проветриванием.
- Дезрастворы хранят во вспомогательном помещении. При наличии в родзале рожениц и новорожденных дезрастворы не применяются.
- Акушерка перед приемом родов моет руки, надевает стерильный халат, шапочку, очки, маску, перчатки.
- В палатах совместного пребывания матери и ребенка разрешается использование домашних пеленок при условии соблюдения их чистоты (выстиранные).
- Уборка в палатах совместного пребывания проводится согласно стандарту «Уборка палат» (Приказ МЗ КР №130 от 17.03.2006г. «Об утверждении стандартов дезинфекции и стерилизации в медицинской практике»).
- Выписка здоровых новорожденных должна проводиться через 48-72 часа после родов. Больные новорожденные переводятся в отделения (палаты) новорожденных детских больниц.

- После освобождения палаты в ней проводится дезинфекция по типу заключительной. Постельные принадлежности сдаются в камерную обработку.
- Обеззараживание инструментов, предметов, материалов осуществляется в соответствии с приказом МЗ КР от 17.03.2006г. №130 «Об утверждении стандартов дезинфекции и стерилизации в медицинской практике».
- Дезинфекция различных предметов осуществляется во вспомогательных помещениях либо в палатах после их освобождения с последующим промыванием теплой водой, подсушиванием, проветриванием.
- В палатах совместного пребывания матери и ребенка не должно ощущаться запаха дезсредств. Систематическое проветривание должно обеспечивать постоянный свежий воздух в палатах. Температура воздуха должна поддерживаться в пределах 22 – 25 °С.

Управление медицинскими отходами в родовспомогательных организациях проводится в соответствии с СанПиН 2.1.7.010-03 «Гигиенические требования к размещению и обезвреживанию отходов производства и потребления», СанПиН 2.1.3.003-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача КР №45 от 29.10.2003г.; приказом МЗ КР от 18 сентября 2002 г. №393 «О внедрении и начальной реализации Целевой Программы по управлению медицинскими отходами и контролю за внутрибольничными инфекциями в Кыргызской Республике», Методическими рекомендациями «Современные принципы и методы управления отходами лечебно-профилактических учреждений в Кыргызской Республике».

Следует отметить, что каждая родовспомогательная организация может выбирать технологию с учетом затрат на техническое обслуживание и функционирование системы управления медицинскими отходами.