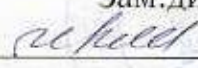


**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБОУ СПО РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Допущен(а) к защите
Зам.директора по УР
 Иванова М.Н.

ХРИСТОФОРОВА АНИСИЯ ЭДУАРДОВНА
ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.02 – «Акушерское дело»

Студент отделения «Акушерское дело» Гр АД-31

Христофорова А.Э

Руководитель – преподаватель педиатрии

Герасимова К.Г

г.Якутск 2018 год.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
1.1. Структура и организация работы акушерского стационара.....	5
1.2. Санитарно-противоэпидемический режим акушерского стационара....	16
1.3. Правила проведения дезинфекции в акушерском стационаре.....	19
Глава 2. АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЦОМИД ХАНГАЛАССКОГО УЛУСА	
2.1 Применение современных препаратов дезинфекции в акушерском стационаре.....	21
2.2 Провести анализ дезинфекционных средств в родильном отделении ЦОМид Хангаласского улуса.....	35
ВЫВОДЫ.....	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ.....	41

Организация работы в акушерских стационарах строится по единому принципу в соответствии с действующим положением родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, инструкциями и существующими методическими рекомендациями.

Структура акушерского стационара должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений; оснащение — табелю оборудования родильного дома (отделения); санитарно-противоэпидемический режим — действующим нормативным документам.[2]

В настоящее время существует несколько типов акушерских стационаров, в которых оказывают лечебно-профилактическую помощь беременным, роженицам, родильницам: а) без врачебной помощи — ФАП с акушерскими койками; б) с общей врачебной помощью — участковые больницы с акушерскими койками; в) с квалифицированной врачебной помощью — акушерские отделения РБ, ЦРБ, городские родильные дома; с многопрофильной квалифицированной и специализированной помощью — родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц, межрайонные акушерские отделения на базе крупных ЦРБ, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, отделения профильных НИИ. Разнообразие типов акушерских стационаров предусматривает более рациональное их использование для оказания квалифицированной помощи беременным. [2]

Актуальность: Одной из основных причин заболеваемости в роддомах является внутрибольничная инфекция (ВБИ).

ВБИ - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое возникает в результате поступления пациента в больницу или обращения за лечебной помощью, а так же заболевание сотрудника, работающего в данном учреждении.

Дезинфекция – это целый ряд мероприятий, направленных на обработку помещений и имеющих цель очистить ее от различных болезнетворных микроорганизмов. Правильная обработка поверхностей помогает избавиться от всех известных вирусов и бактерий, вплоть до вируса иммунодефицита человека и всех форм вирусных гепатитов. Именно это свойство дезинфекции делает ее очень актуальной и важной в акушерском стационаре.

Цель: изучение правил проведения дезинфекции в акушерском стационаре
Задачи:

- 1) изучить современные препараты дезинфекции и нормативно правовые приказы работы акушерского стационара.
- 2) проанализировать используемые дезинфицирующие средства в ЦОМид Хангаласского улуса.
- 3) при анализе выявить преимущества дезинфицирующих средств в акушерском стационаре.

1.1. Структура и организация работы акушерского стационара.

Стационар родильного дома — акушерский стационар — имеет следующие основные подразделения:

1. приемно-пропускной блок;
2. физиологическое (I) акушерское отделение (50—55% от общего числа акушерских коек);
3. отделение (палаты) патологии беременных (25—30% от общего числа акушерских коек);
4. отделение (палаты) для новорожденных в составе I и II акушерского отделений;
5. наблюдательное (II) акушерское отделение (20—25% от общего числа акушерских коек);
6. гинекологическое отделение (25—30% от общего числа коек родильного дома).

Структура помещений родильного дома должна обеспечивать изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц от больных; соблюдение строжайших правил асептики и антисептики, а также своевременную изоляцию заболевших. Приемно-пропускной блок родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты, которые создаются отдельно для женщин, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения. Каждая смотровая комната должна иметь специальное помещение для санитарной обработки поступающих женщин, оборудованное туалетом и душевой. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, последнее должно иметь самостоятельный приемно-пропускной блок. Приемная или вестибюль представляет собой просторную комнату, площадь которой (как и всех остальных помещений) зависит от коечной мощности родильного дома. [2]

Акушерский стационар

Послеродовое физиологическое отделение

В нем находится 50-55% коек акушерского стационара. Помимо расчетного количества коек, в отделении необходимо иметь дополнительно 10% так называемых резервных коек, что позволяет строго

соблюдать цикличность заполнения и освобождения палат. То же относится и к отделению для новорожденных.

В состав послеродового физиологического отделения входят примерно те же помещения, что и в отделении патологии беременных. Дополнительно следует иметь комнаты для сцеживания грудного молока, его стерилизации и хранения. В этом отделении также необходима профилизация палат. В определенные палаты следует помещать родильниц после преждевременных родов (так же как в отделении для новорожденных в отношении недоношенных детей), оперативных вмешательств. Наиболее благоприятные условия должны быть обеспечены родильницам с тяжелыми сердечнососудистыми и другими экстрагенитальными заболеваниями. Их размещают в наиболее просторных палатах на 1-2 конки.

В работе отделения исключительно большое значение имеет профилактика послеродовых заболеваний. Особое внимание медицинского персонала должно быть сосредоточено на тщательном выполнении правил ухода за родильницами, соблюдении установленного режима, своевременном выявлении заболеваний, при которых требуется перевод родильницы из физиологического отделения в наблюдательное.

Переводу в наблюдательное отделение подлежат родильницы при появлении гнойных выделений, расхождении швов, "налетах" на швах независимо от температуры, экстрагенитальных воспалительных заболеваниях (грипп, ангина и др.), субфебрилитете неясной этиологии, продолжающемся более 2-3 дней, и др. [2]

При переводе заболевшей матери в наблюдательное отделение одновременно с ней переводится и ребенок, а в случае перевода заболевшего ребенка - одновременно и мать. После их перевода принимаются специальные меры, предупреждающие возможность распространения инфекции (в соответствии с санитарно-гигиеническими и противоэпидемическими требованиями, установленными для родильных домов).

Родовое отделение

В основном состоит из предродовых, родовых и операционных, а также из ряда подсобных помещений (комнаты персонала, буфетная, санитарные узлы и др.). Число коек в предродовых палатах должно составлять примерно 10-12% общего количества коек послеродового

физиологического отделения, а число коек (кроватей Рахманова) в родовых палатах - 7-8%.

Предродовые и родовые палаты необходимо иметь в удвоенном количестве, что позволяет поочередно освобождать помещения родового блока и производить их тщательную уборку, проветривание, кварцевание. Необходимо стремиться к тому, чтобы каждая женщина рожала в отдельной родовой палате.

При родовых палатах (вернее, между двумя родовыми палатами) следует иметь манипуляционный для новорожденных. В ней находится все необходимое для первичной обработки новорожденных и для оказания помощи новорожденным, родившимся в асфиксии (аппаратура, специальное оборудование, медикаменты) [2]

В состав родового блока входит палата на 1-2 койки для рожениц с тяжелыми формами позднего токсикоза или экстрагенитальных заболеваний.

Такая палата должна находиться в некотором отдалении от предродовых и родовых палат и иметь шлюз для приглушения шума.

При необходимости она используется только для одной роженицы. В ней проводятся роды при эклампсии и преэклампсии. Вблизи родовых палат располагается малая операционная, где производятся все акушерские операции, кроме кесарева сечения.

Для чревосечений предназначена большая операционная с предоперационной и наркозной. Родовое отделение должно быть строго изолировано и обеспечено всем необходимым для оказания срочной медицинской помощи (наборы стерильных инструментов для различных акушерских операций, запас консервированной крови, кровезамещающие растворы, лекарственные вещества и т. д.).[2]

Приемно-смотровая часть

В родильном доме, имеющем только акушерский стационар, должны быть две приемно-смотровые части, изолированные одна от другой: одна - для приема рожениц и беременных, не имеющих признаков какого-либо инфекционного заболевания, другая - для подлежащих изоляции.

При наличии в родильном доме не только акушерского, но и гинекологического стационара последний должен дополнительно иметь свою изолированную приемно-смотровую часть. Приемно-смотровую часть физиологического отделения составляют: приемная (вестибюль),

комната-фильтр, смотровая и помещение для санитарной обработки поступающих.

В фильтре женщине измеряют температуру, производят наружный осмотр и осмотр зева, выясняют показания к изоляции роженицы (гнойное поражение кожи, катаральные явления в зеве, повышенная температура неясной этиологии, отсутствие признаков жизни плода и др.), т. е. в фильтре производят отбор рожениц и беременных, подлежащих приему в физиологическое или обсервационное отделение.

Рожениц и беременных с общими инфекционными заболеваниями (эпидемический гепатит и др.) направляют в специальное акушерское отделение (изоляционные боксы) соответствующих больниц. В смотровой производится первичный осмотр рожениц и беременных. Комната санитарной обработки имеет туалет и душ.[6]

Отделение патологии беременных

Предназначено для дородовой госпитализации беременных, нуждающихся в наблюдении и лечении в стационарных условиях.

Число коек в этом отделении должно составлять не менее 25% всех коек акушерского стационара. В состав дородового отделения входят палаты, манипуляционная, процедурная, комната для хранения переносной аппаратуры, буфетная, столовая, помещение для дневного пребывания больных, комната для персонала, санитарные узлы и другие помещения.

Желательно иметь палаты не более чем на 4 койки, а несколько палат на 1-2 койки. Это позволяет профилизировать коечный фонд отделения. Многим беременным должна быть предоставлена возможность прогулок, если это позволяет территория родильного дома.[2]

Отделение для новорожденных

Отделение для новорожденных делится на две части.

В одной из них (наибольшей по числу коек) содержатся здоровые новорожденные, матери которых находятся в физиологическом послеродовом отделении, вторая часть входит в состав обсервационного отделения.

Общее число коек в отделении для новорожденных должно соответствовать числу коек физиологического послеродового и обсервационного отделений (с добавлением резервных коек). Желательно,

чтобы число палат (и коек в них) отделения новорожденных соответствовало числу палат, предназначенных для матерей.

Отделения новорожденных должны быть строго изолированы от всех других помещений, включая и послеродовые отделения. Особые палаты следует выделять для недоношенных детей, для новорожденных с родовой травмой и др.

В палатах каждой группы необходимо иметь такое число коек, которое по штатным нормативам медицинского персонала родильных домов обслуживается одним круглосуточным постом медицинских сестер (20 коек для здоровых доношенных детей, 8 коек для недоношенных и т.д.). Перегородки, отделяющие палаты каждой группы друг от друга, а также от шлюза, должны быть остекленными, что создает улучшенные условия для наблюдения дежурной медицинской сестры за детьми.

В составе отделения для новорожденных, кроме палат, необходимо иметь изоляторы со шлюзом, стерилизационную, комнаты медицинского персонала и ряд других помещений.[6]

Одной из важных задач родовспоможения является профилактика стафилококковых заболеваний новорожденных. Это вызывает необходимость соблюдения во всех отделениях акушерского стационара, особенно в отделении для новорожденных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований: тщательный отбор беременных и рожениц, подлежащих приему в физиологическое или наблюдательное отделение, своевременная изоляция заболевших матерей и новорожденных, систематическое проведение мер по обеззараживанию помещения, мебели, предметов ухода и т. д., выявление среди персонала бактерионосителей (потенциальных источников распространения инфекции), их санация.

Обсервационное акушерское отделение

В нем оказывается медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, которые являются или могут явиться источником инфекции и не подлежат приему и пребыванию в физиологических отделениях акушерского стационара.

В обсервационное отделение женщины могут поступить непосредственно из фильтра, родового блока, а также в порядке перевода из отделения патологии беременных и физиологического послеродового отделения, дети же - из отделения для здоровых новорожденных.

Роженицы и родильницы с новорожденными могут поступать в наблюдательное отделение непосредственно из дома, минуя фильтр все сказанное определяет структуру отделения и набор помещений. В состав отделения входят: приемно-смотровая часть, родовая, послеродовые палаты, палаты для новорожденных (в основном боксированные), малая операционная, стерилизационная, манипуляционная (желательно две), буфетная и ряд других помещений.[2]

Наблюдательное отделение должно быть особо строго изолировано от других отделений родильного дома, а его медицинский персонал не должен контактировать с персоналом других отделений. Для персонала должны быть организованы отдельные раздевалки, души и т. д. При внутреннем входе в отделение необходимо иметь шлюз с умывальником и место для хранения халатов (для дежурного врача, консультантов и других лиц, обязанных проходить в отделение).

Внутри самого отделения следует соблюдать профилизацию палат в целях изоляции одних больных от других (отдельные палаты для больных гриппом, для здоровых матерей, находящихся в отделении в связи с заболеванием ребенка, и т. д.). Родовые палаты наблюдательного отделения могут быть только одноконечными этих палат должно быть не менее двух.

Часть одноконечных послеродовых палат должна иметь шлюз для более строгой изоляции. Желательно, чтобы в каждой послеродовой палате было не более 2 коек. Общее число коек в отделении должно составлять 20-25% коечного фонда акушерских отделений. Только при таком числе коек может быть обеспечен своевременный перевод женщин и детей из других отделений акушерского стационара. В наблюдательном отделении необходимо иметь резервные койки, не входящие в состав сметных коек (7-8% коек отделения).

Гинекологический стационар

Структура гинекологических отделений и состав их помещений зависят от особенностей контингента больных, от видов оказываемой им медицинской помощи и других факторов. Обычно гинекологический стационар делится на две части (два отделения), изолированные одна от другой: для больных, нуждающихся в хирургических и консервативных методах лечения.

Гинекологический стационар должен иметь отдельную приемно-смотровую часть (вестибюль, смотровая, комната санитарной обработки и

др.), палатную часть, перевязочную (перевязочные), манипуляционную, физиотерапевтический кабинет, столовую, буфетную, комнаты персонала, санитарные узлы и другие помещения. В состав отделения для оказания хирургической помощи входят малые и большие операционные, предоперационные, наркозные, стерилизационные, палаты интенсивной терапии и др.[4]

Посетительские и выписные

Вестибюль для посетителей может быть общим для всех отделений родильного дома или отдельным для акушерских и гинекологических отделений. Справочная должна примыкать к посетительской.

Медицинские сестры, работающие в справочной, дают справки о дне происшедших родов, массе тела и поле новорожденных, номере палаты, в которой находится женщина, ее общем состоянии (температура, самочувствие), предполагаемом дне выписки. Более подробные сведения о состоянии женщины и ее ребенка посетители могут получить у лечащего врача в установленные для этого часы, а в особых случаях - у дежурного врача. Непосредственно в посетительской или в соседнем с ним помещении производится прием передач.

Выписные комнаты, как и приемно-смотровые, должны быть отдельными для родового, физиологического послеродового, обсервационного и гинекологических отделений. Каждая выписная должна иметь вход из коридора отделения и выход на лестничную площадку или в помещение, находящееся рядом с комнатой для посетителей.

Связь акушерско-гинекологических учреждений с другими медицинскими учреждениями. Родильный дом (женская консультация, акушерский и гинекологический стационары) поддерживает постоянную связь с общими поликлиниками и больницами, диспансерами различного профиля, а также детскими поликлиниками и стационарами. Формы совместной работы акушеров-гинекологов со специалистами этих учреждений весьма разнообразны.

Нередко женская консультация, а также акушерский и гинекологический стационары не имеют возможности произвести некоторые лабораторные исследования. Требуется установление связи с учреждениями, располагающими крупной лабораторной базой, к тому же позволяющей произвести необходимые анализы в любое время суток (в частности, при подозрении на гемолитическую болезнь новорожденного).

Основными формами совместной работы с противотуберкулезным диспансером являются; направление консультацией в диспансер всех женщин, у которых в процессе наблюдения заподозрен туберкулез легких или других органов, а также сообщение сведений о наступлении беременности у женщин, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере, консультативное решение вопроса о возможности сохранения беременности, особенностях наблюдения и лечения, направление акушерским стационаром в противотуберкулезный диспансер сведений о поступлении на роды женщины, больной туберкулезом, а также о предлагаемом времени ее выписки для последующего наблюдения.

Микозы и кандидозы кожи

Аналогичную связь женская консультация, акушерский и гинекологический стационары устанавливают с онкологическим и кожно-венерологическим диспансерами. Особое значение имеет установление связи с детской поликлиникой и детской больницей. Женская консультация сообщает детской поликлинике о всех женщинах, у которых беременность достигла примерно 32 нед. Это позволяет врачам и медицинским сестрам детской поликлиники знакомиться с домашними условиями, в которых будет находиться новорожденный, в случае необходимости способствовать их улучшению, проводить работу по гигиеническому воспитанию беременных, обучая их уходу за новорожденным.

Исключительно важно сообщать в детскую поликлинику сведения о беременных, больных диабетом и другими заболеваниями, так как их детям может потребоваться специальный уход. Акушерские стационары в обязательном порядке сообщают детским поликлиникам о дне выписки каждого новорожденного для установления за ним последующего наблюдения.

Акушерским стационарам должна быть обеспечена возможность своевременного перевода заболевшего ребенка в детскую больницу. Следует стремиться к тому, чтобы в родильном доме (родильном отделении), как правило, находились только здоровые дети. Это ведет к улучшению медицинского обслуживания заболевшего ребенка и в значительной мере обеспечивает санитарное благополучие акушерского стационара.

Детские больницы и поликлиники в свою очередь должны срочно сообщать акушерским стационарам о тех случаях заболеваний

новорожденных на дому, возникновение которых может быть связано с пребыванием ребенка в акушерском стационаре. Врачам акушерских и детских учреждений рекомендуется периодически подвергать совместному анализу сведения о заболеваемости и смертности детей первого месяца жизни.

Показатели работы акушерско-гинекологических учреждений. Условно их можно разделить на две группы.

К первой группе относятся показатели, характеризующие контингент обслуживаемых женщин, объем работы, проведенной за определенный промежуток времени (чаще всего за год), а также частоту применения различных методов диагностики и лечения и др.

Вторую группу составляют показатели, характеризующие особенности течения беременности и ее исходы для матери и плода (показатели материнской заболеваемости, недонашивания, заболеваемости и смертности новорожденных и др.), а также показатели гинекологической заболеваемости и временной нетрудоспособности женщин в связи с болезнями половых органов. Для всех лечебно-профилактических учреждений, включая и акушерско-гинекологические, установлены определенные формы учетной и отчетной медицинской документации.

Точные и достаточно подробные записи в документах позволяют определить значительное число показателей работы акушерско-гинекологических учреждений. Так, по записям, относящимся непосредственно к работе женских консультаций, могут быть исчислены следующие показатели: сроки поступления беременных под наблюдение консультации, точность определения сроков беременности (т. е. своевременность предоставления дородового отпуска), своевременность осмотра беременных терапевтом, частота посещений женщинами консультации во время беременности и после родов, частота осложнений беременности и др.

Ряд сведений, предусмотренных формами отчетов, позволяет исчислять показатели работы женских консультаций в отношении гинекологических больных: охват диспансерным наблюдением женщин с доброкачественными опухолями половых органов, хроническими заболеваниями яичников, маточных труб и параметрия, эрозиями шейки матки, установление процента снятых в течение года с диспансерного наблюдения (при указанных заболеваниях) в связи с излечением и др.

Формы учетных документов предусматривают возможность исчисления многих показателей деятельности акушерско-гинекологического стационара и позволяют оценить эффективность работы не только самого

стационара, но и женской консультации, так как от ее деятельности во многом зависят характер течения беременности и исходы родов.

Например, могут быть исчислены следующие показатели: полнота использования коечной сети (среднее число дней работы койки в год), средняя длительность пребывания в стационаре беременной, родильницы, гинекологической больной, частота осложнений и заболеваний при родах и в послеродовом периоде, частота преждевременных родов, частота оперативных пособий при родах, частота многоплодия, родов при тазовом предлежании, показатели частоты психопрофилактической подготовки беременных к родам и медикаментозного обезболивания рожениц, показатели заболеваемости и смертности доношенных и недоношенных новорожденных (по причинам), перинатальной смертности и др. На основании анализа годовых отчетов за ряд лет могут быть выявлены как достижения, так и недостатки в лечебно-профилактической работе и намечены пути дальнейшего развития и улучшения акушерско-гинекологической помощи.[8]

Исключительно важно сообщать в детскую поликлинику сведения о беременных, больных диабетом и другими заболеваниями, так как их детям может потребоваться специальный уход. Акушерские стационары в обязательном порядке сообщают детским поликлиникам о дне выписки каждого новорожденного для установления за ним последующего наблюдения.

Акушерским стационарам должна быть обеспечена возможность своевременного перевода заболевшего ребенка в детскую больницу. Следует стремиться к тому, чтобы в родильном доме (родильном отделении), как правило, находились только здоровые дети. Это ведет к улучшению медицинского обслуживания заболевшего ребенка и в значительной мере обеспечивает санитарное благополучие акушерского стационара.

Детские больницы и поликлиники в свою очередь должны срочно сообщать акушерским стационарам о тех случаях заболеваний новорожденных на дому, возникновение которых может быть связано с пребыванием ребенка в акушерском стационаре. Врачам акушерских и детских учреждений рекомендуется периодически подвергать совместному анализу сведения о заболеваемости и смертности детей первого месяца жизни.

Показатели работы акушерско-гинекологических учреждений. Условно их можно разделить на две группы.

К первой группе относятся показатели, характеризующие контингент обслуживаемых женщин, объем работы, проведенной за определенный промежуток времени (чаще всего за год), а также частоту применения различных методов диагностики и лечения и др.

Вторую группу составляют показатели, характеризующие особенности течения беременности и ее исходы для матери и плода (показатели материнской заболеваемости, недонашивания, заболеваемости и смертности новорожденных и др.), а также показатели гинекологической заболеваемости и временной нетрудоспособности женщин в связи с болезнями половых органов. Для всех лечебно-профилактических учреждений, включая и акушерско-гинекологические, установлены определенные формы учетной и отчетной медицинской документации.

Точные и достаточно подробные записи в документах позволяют определить значительное число показателей работы акушерско-гинекологических учреждений. Так, по записям, относящимся непосредственно к работе женских консультаций, могут быть исчислены следующие показатели: сроки поступления беременных под наблюдение консультации, точность определения сроков беременности (т. е. своевременность предоставления дородового отпуска), своевременность осмотра беременных терапевтом, частота посещений женщинами консультации во время беременности и после родов, частота осложнений беременности и др.

Ряд сведений, предусмотренных формами отчетов, позволяет исчислять показатели работы женских консультаций в отношении гинекологических больных: охват диспансерным наблюдением женщин с доброкачественными опухолями половых органов, хроническими заболеваниями яичников, маточных труб и параметрия, эрозиями шейки матки, установление процента снятых в течение года с диспансерного наблюдения (при указанных заболеваниях) в связи с излечением и др.

Формы учетных документов предусматривают возможность исчисления многих показателей деятельности акушерско-гинекологического стационара и позволяют оценить эффективность работы не только самого стационара, но и женской консультации, так как от ее деятельности во многом зависят характер течения беременности и исходы родов.

Например, могут быть исчислены следующие показатели: полнота использования коечной сети (среднее число дней работы койки в год), средняя длительность пребывания в стационаре беременной, родильницы, гинекологической больной, частота осложнений и заболеваний при родах и в послеродовом периоде, частота преждевременных родов, частота

оперативных пособий при родах, частота многоплодия, родов при тазовом предлежании, показатели частоты психопрофилактической подготовки беременных к родам и медикаментозного обезболивания рожениц, показатели заболеваемости и смертности доношенных и недоношенных новорожденных (по причинам), перинатальной смертности и др. На основании анализа годовых отчетов за ряд лет могут быть выявлены как достижения, так и недостатки в лечебно-профилактической работе и намечены пути дальнейшего развития и улучшения акушерско-гинекологической помощи. [2]

1.2. Санитарно-противоэпидемический режим акушерского стационара

Санитарно-эпидемиологический режим акушерского стационара приказ № 345 от 26 ноября 1997 года «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах». [1]

Одной из основных причин заболеваемости в роддомах является внутрибольничная инфекция (ВБИ).

ВБИ - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое возникает в результате поступления пациента в больницу или обращения за лечебной помощью, а так же заболевание сотрудника, работающего в данном учреждении.

Для профилактики ВБИ предусматривается:

- централизованные стерилизационные отделения;
- дезокамеры,
- использование экологически безопасных средств дезинфекции,
- употребление изделий медицинского назначения однократного применения,
- микробиологический мониторинг и др.

Противоэпидемический режим акушерского стационара

Согласно приказу № 345 родильный дом не менее 1 раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в т.ч. для косметического ремонта. Открытие его допускается только после получения отрицательных результатов лабораторного контроля окружающей среды и разрешения центров госсанэпиднадзора.

В родзалах, операционных, при проведении инвазивных манипуляций в отделениях новорожденных персонал работает в масках.

Влажная и генеральная уборка осуществляется по отделениям следующим образом:

Приемно-смотровое отделение и предродовые палаты- влажная уборка осуществляется 2 раза в день с использованием моющего средства и 1 раз в сутки - с использованием дезинфицирующего средства. Затем ультрафиолетовое облучение воздуха и проветривание в течение 20 минут.

Родзал: при наличии 1 родзала - уборка с применением дезинфицирующих средств 1 раз в сутки; при наличии 2 и более родзалов - уборку проводят в каждом из них после приема родов, затем ультрафиолетовое облучение и проветривание помещения в течение 20 минут. Заключительная дезинфекция проводится 1 раз в 3 дня при наличии 1 родзала и поочередно - при наличии 2 и более родзалов.

Послеродовое физиологическое отделение: Влажная уборка осуществляется 2 раза в день с использованием моющего средства, а после 3-его кормления новорожденных - уборка с дезинфицирующим средством.

Обсервационное отделение обрабатывается 1 раз в день моющими средствами, а после 3-его и 5-ого кормления - с применением дезрастворов.

После каждой уборки и в физиологическом и в обсервационном отделении проводится обеззараживание воздуха ультрафиолетовым облучением, затем все предметы протираются ветошью, смоченной в проточной воде и снова УФ-облучение и проветривание в течение 20 минут.

Заключительная дезинфекция проводится после выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего средства.

Сроки выписки из роддома определяются состоянием здоровья матери и ребенка. Предусматривается курс на раннюю выписку (2-4 сутки), что способствует снижению заболеваемости ВБИ. На 3 сутки всем женщинам проводится УЗИ матки.

Выписка после оперативного родоразрешения, в т.ч. кесарева сечения, проводится по клиническим показаниям.

Для персонала предусматривается отдельный вход, гардероб, 2 шкафчика (для сменной и санитарной одежды), душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

Родовое отделение

При наличии нескольких предродовых палат соблюдается цикличность их заполнения. Используются матрасы и подушки в герметичных клеенчатых чехлах, которые обрабатываются дезинфицирующим раствором. Перед переводом в родзал роженицу переодевают в стерильное белье.

В родзале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты обрабатываются дезраствором. Акушерка и врач перед родами готовятся как для хирургической операции. При приеме родов используется стерильный комплект разового использования. Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта "кожа-к-коже" с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

После родов отсасывание слизи у новорожденного проводится баллоном или катетером однократного применения. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом/ Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.[5]

Отделение новорожденных

Палаты новорожденных заполняются строго циклически и синхронно с палатами послеродового отделения в течение 3-х суток.

Рекомендуется грудное вскармливание по "требованию" ребенка. Перед обработкой и пеленанием персонал должен мыть руки с двукратным намыливанием. При уходе за новорожденным используется стерильное белье. Все изделия манипуляционного назначения, в т.ч. инструментарий, подлежат дезинфекции, а затем стерилизации.

Новорожденные с признаками инфекции должны быть вывезены из акушерского стационара в день установления диагноза.

1.3. Правила проведения дезинфекции в акушерском стационаре.

Дезинфекция – это комплекс мер, используемый для уничтожения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Основной целью мероприятий по дезинфекции является профилактика распространения инфекционных заболеваний для формирования и поддержания и устранения ВБИ.[7]

Проведение дезинфекции имеет задачей прерывание путей распространения инфекционных заболеваний для формирования и поддержания безопасных условий жизни.

Выделяют следующие виды дезинфекции:

- профилактический,
- очаговый, подразделяющийся на текущие и заключительные комплексы мер по обеззараживанию устранения инфекции от ее источника к другим объектам.

Выделяют четыре основных метода проведения дезинфекции.

- Механический метод подразумевает механическое удаление частиц с поверхностей и из воздушной среды путем проветривания, очистки поверхностей, стирки, вентиляции. К механическому способу дезинфекции также относят фильтрацию воздуха, воды, удаление зараженного грунта. Невозможно удалить все патогенные организмы механическим методом, поэтому он обычно используется в сочетании с физическим или химическим методом дезинфекции.
- Химические методы дезинфекции заключаются в использовании дезинфицирующих средств, губительно воздействующих на болезнетворные организмы и разрушающих токсины. Часто для проведения химической дезинфекции используются хлорсодержащие и спиртовые препараты, перекись водорода, формалин.
- Физические методы дезинфекции основаны на принципах физического воздействия. Применяется высокотемпературная обработка материалов, а также ультрафиолетовое излучение. Данный метод считается эффективным и экологически безопасным.
- Биологический метод дезинфекции основан на взаимодействии различных микроорганизмов. Применяется в основном для канализационных и сточных вод, для очистки септиков и сливных сооружений.

Правила содержания приемно-смотровых помещений: два раза в сутки влажная уборка с применением моющих средств, один раз в сутки уборка с применением дезинфицирующих средств. После влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30-60 минут. Существуют инструкции по правилам

обработки инструментов, перевязочного материала, аппаратуры, мебели, стен (приказ МЗ СССР № 345 от 26 ноября 1997 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»).[3]

Перед осмотром и после осмотра здоровых женщин врач и акушерка моют руки туалетным мылом. При наличии инфекции или при осмотре во II отделении руки обеззараживают дезинфицирующими растворами. После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

В предродовой необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезболивания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ.

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим: температура в помещении $+18^{\circ}\text{C}$ - $+20^{\circ}\text{C}$, влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки - с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, включение бактерицидных ламп на 30-60 минут.[5]

Родовые залы функционируют поочередно, но не более 3-х суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем. Дату такой уборки фиксируют в журнале у старшей акушерки отделения. При отсутствии родов помещение убирают один раз в сутки с использованием дезинфицирующих средств.

Послеродовое отделение:

За каждой родильницей закреплена кровать и судно с одним номером. Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных - уборку с использованием дезинфицирующих средств. После каждой влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30 минут. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. Постельное белье меняют 1 раз в 3 дня, рубашки - ежедневно, подкладные - первые 3 дня через 4 часа, затем - 2 раза в день.

В детском отделении строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима: мытье рук, одноразовые перчатки, обработка инструментов, мебели, помещений. Использование масок персоналом показано только при инвазивных манипуляциях и при неблагоприятной эпидемиологической обстановке в родильном доме. В течение всего пребывания в родильном доме для новорожденных используют только стерильное белье. В палатах 3 раза в сутки проводят влажную уборку: 1 раз в сутки с дезинфицирующим раствором и 2 раза с моющими средствами.

После уборки включают на 30 минут бактерицидные лампы и проветривают помещение. Проветривание и облучение палат открытыми бактерицидными лампами осуществляют только во время отсутствия детей в палатах. Использованные пеленки собирают в баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Баллончики, катетеры, клизмы, газоотводные трубки после каждого использования собирают в отдельные емкости и подвергают дезинфекции. Используемые инструменты подлежат стерилизации. Неиспользованный перевязочный материал подлежит повторной стерилизации. После выписки все постельные принадлежности, детские кровати и палаты подвергают дезинфекции.[4]

Правила содержания наблюдательного отделения. Уборку палат проводят 3 раза в сутки: 1 раз с моющими средствами и 2 раза с дезинфицирующими растворами и последующим бактерицидным облучением, 1 раз в 7 дней проводят дезинфекцию палат. Инструменты дезинфицируют в отделении, затем передают в центральную стерилизационную. При переходе медперсонала в наблюдательное отделение - смена халата и обуви (бахилы). Сцеженное молоко для кормления детей не используют.

Глава 2. АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЦОМИД ХАНГАЛАССКОГО УЛУСА

2.1 Применение современных препаратов дезинфекции в акушерском стационаре.

Проблема внутрибольничных (ВБИ) инфекций в последние годы приобрела очень важное значение: бурные темпы роста лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), создание новых видов медицинского оборудования, применение новейших препаратов широкого спектра действия, а так же многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций, как среди пациентов, так и среди персонала ЛПУ и способствуют формированию госпитальных штаммов.

Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предотвращение определенного пути передачи инфекционного агента внутри стационара.

На сегодняшний момент основными причинами возникновения групповых ВБИ являются:

- нарушение санитарного законодательства по профилактике заносов инфекции в стационар;
- несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции;
- нарушение санитарно-противоэпидемического и дезинфекционного режимов;

Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в лечебных учреждениях являются важнейшими в комплексе мер по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Современные дезинфицирующие средства, кожные антисептики и моющие средства занимают особое место в вопросах поддержания больничной гигиены на уровне высоких стандартов.

Дезинфекция - этот термин обозначает уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на всех поверхностях в помещениях, в том числе на полу, стенах, ручках дверей, выключателях, подоконниках, а также на жесткой мебели, поверхностях врачебного оборудования, в воздухе помещений, на посуде, белье, изделиях медицинского назначения и предметах ухода за больными, санитарно-техническом оборудовании, биологических жидкостях. Словом, дезинфекцию должны проходить все инструменты и расходные материалы, которые используются в работе любого ЛПУ.

Задачей дезинфекции является предупреждение или ликвидация накопления, размножения и распространения возбудителей заболеваний. И в первую очередь, если мы говорим о больницах, внутрибольничных инфекций. Дезинфекция может быть профилактической и очаговой.

Профилактическая дезинфекция проводится для защиты людей от возможного заражения. В лечебных учреждениях она выполняется в виде текущей ежедневной влажной уборки и генеральной уборки эпидзначимых кабинетов (операционных, перевязочных) один раз в неделю. Очаговая дезинфекция проводится в случае возникновения или подозрения на возникновение инфекционного заболевания.

Препарат для проведения дезинфекции и его концентрация выбираются исходя из конкретного инфекционного заболевания. В зависимости от вида медицинского изделия проводят дезинфекцию высокого (ДВУ), промежуточного (ДПУ) и низкого уровней (ДНУ).

А теперь условно разделим обрабатываемые предметы на несколько видов. «Некритические» контактируют с неповрежденной кожей. «Полукритические» контактируют со слизистыми оболочками или поврежденной кожей. «Критические» проникают в стерильные ткани организма или сосуды, контактируют с кровью или инъекционными растворами.

ДВУ используется для обработки «критических» предметов. При этом методе обработки погибают все микроорганизмы, кроме спор бактерий. Для ДВУ применяют глутаровый альдегид, диоксид хлора, 6 % раствор перекиси водорода и средства на основе надуксусной кислоты. Эти химические средства можно использовать и для стерилизации. Однако при стерилизации данными веществами время обработки значительно увеличивается.

ДПУ используется для обработки «полукритических» предметов. При проведении ДПУ погибают вегетативные формы бактерий, в том числе микобактерии, большинство вирусов и грибов. Однако споры бактерий в этих условиях выживают. Мелкие нелипидные вирусы, например энтеровирусы, риновирусы, более устойчивы к бактерицидным средствам. Крупные же липидные вирусы, такие как аденовирусы, вирус гепатита В и ВИЧ, обычно погибают при обработке дезинфектантами промежуточного уровня. К дезинфекционным средствам, используемым для ДПУ, относятся практически все препараты, концентрация которых готовится по режиму уничтожения бактерий и в соответствии с методическими указаниями к каждому используемому препарату.

ДНУ используется для обработки «некритических» и некоторых «полукритических» предметов. Например, для обработки ванн, которые

применяют при гидротерапии пациентов с поврежденной кожей. После ДНУ погибают вегетативные формы большинства видов бактерий, вирусы и грибы. Не реагируют на этот метод обработки споры бактерий, микобактерии и мелкие нелипидные вирусы. К средствам ДНУ относятся соединения на основе 70 % и 90 % этилового или изопропилового спирта, хлорсодержащие препараты, некоторые фенолсодержащие средства и йодофоры. Среди дезинфектантов низкого уровня также можно назвать препараты на основе четвертичных аммониевых соединений.

Дезинфекция является одним из важнейших направлений в комплексе мероприятий по борьбе с заразными болезнями.

В силу ряда обстоятельств в настоящее время дезинфекционные мероприятия приобретают все более высокую значимость в профилактике и ликвидации инфекций.

К числу подобных обстоятельств следует отнести прежде всего недостаточность финансирования здравоохранения и связанную с этим сложность поддержания санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в лечебно-профилактических учреждениях, что в значительной степени влияет на регистрируемую тенденцию роста числа внутрибольничных инфекций, постоперационных и постинъекционных гнойно-септических осложнений.

Следует сказать и об изменении в микробном фоне как следствии адаптации к применяемым препаратам. Все более часто выявляются штаммы микроорганизмов, устойчивые к традиционно используемым дезинфектантам, распространение получают возбудители, недостаточно чувствительные к внешним воздействиям (микобактерии туберкулеза, синегнойная палочка и т.п.) или такие опасные инфекции как гепатит, СПИД. Происходят определенные изменения и в приоритетах этиологической структуры инфекций. Так, все более заметное место во внутрибольничной патологии наряду с кокковой флорой занимает синегнойная палочка. Значительно увеличился процент идентификации таких микроорганизмов, как хламидии, герпес, протей, уро- и микоплазмы, простейшие. И, наконец, можно говорить об эпидемическом распространении микозов - очень устойчивых, склонных к рецидивированию патогенов.

Кроме того, все чаще причиной различных патологических состояний являются не отдельные возбудители, а их комбинации (миксты). Например: герпес + протей, простейшие + бактерии, микозы + хламидии и т.д.

С другой стороны, совершенствование медицинских технологий и внедрение новых тонких инструментов и изделий из дорогих металлов, полимерных материалов или оптики, не подлежащих обеззараживанию факторами

физической природы (температура, давление, облучение) требуют наличия специальных химических рецептур, не вызывающих негативных реакций даже при многочасовом контакте с изделиями.

Необходимо также учитывать, что в последние годы все острее встают проблемы экологической безопасности. Увеличение дезинфекции не должно сопровождаться ростом выброса опасных химических веществ во внешнюю среду.

И, наконец, последнее: безопасность для здоровья медицинских работников и пациентов при проведении дезинфекционных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях. Врачам и медицинскому персоналу совершенно не безразлично, что они вдыхают или чем обрабатывают руки в течение своей многолетней профессиональной деятельности.

Для оптимального решения перечисленных проблем, связанных с необходимостью обеззараживания в медицинской практике, требуются современные высокоэффективные дезсредства и антисептики. Без современных дезинфицирующих препаратов обеспечить должный санитарно-эпидемический режим и надежную защиту от инфекций в учреждениях здравоохранения невозможно.

Традиционно используемые хлорсодержащие препараты, йод, этиловый спирт, соединения муравьиной кислоты и т.п. совершенно не отвечают изменяющейся ситуации по многим параметрам.

Итак такие современные высокоэффективные дезинфицирующие препараты должны отвечать следующим требованиям:

Высокая антимикробная активность, способность подавлять наиболее адаптированные к внешним воздействиям микроорганизмы (или их видоизмененные формы). Такие как споры, некоторые виды устойчивых вирусов или бактерий. Желательно, чтобы число штаммов, приспособившихся к воздействию применяемого препарата, было минимальным или полностью отсутствовало.

Полный спектр антимикробного действия (бактерии, вирусы, грибы).

Отсутствие деструктирующего влияния на материалы обрабатываемых медицинских изделий.

Полная безопасность для здоровья персонала и пациентов при рекомендуемых режимах работы.

Экологическая безопасность. Полное биологическое разложение во внешней среде используемых в рецептурах соединений до нейтральных химических компонентов (водород, кислород, вода).

Из перечисленного выше видно, что требования к современным дезинфектантам достаточно многообразны. По различным причинам далеко

не всегда они могут быть в достаточно полной мере реализованы в одном препарате. Однако определяющим, безусловно, является рецептура, конкретнее - основные действующие вещества.

Спектр химических соединений, используемых для получения дезсредств, не столь широк. Как правило, различные производители используют в значительной степени одни и те же группы веществ. В связи с чем имеет смысл остановиться на наиболее часто используемых компонентах, позитивных и негативных аспектах включения их в состав дезсредств.

Если конкретно рассматривать отдельные группы химических соединений, относящиеся к основным действующим веществам, то прежде всего следует сказать о веществах, которые нежелательно включать в рецептуры современных дезинфектантов.

Хлорсодержащие препараты. Кроме нестабильности и выраженной токсичности последние обладают сильным окисляющим (разрушающим) эффектом на материалы. Следует также принять во внимание, что средства на основе активного хлора наносят серьезный экологический ущерб при попадании во внешнюю среду. В частности, они рассматриваются как один из основных первоисточников образования чрезвычайно опасного класса токсичных соединений - диоксинов.

Фенольные соединения также представляются анахронизмом в составе дезинфицирующих средств прежде всего в силу сильной токсичности, выраженного деструктирующего действия, абсолютной неэкологичности и опасности для здоровья работающих. От использования фенола в рецептурах дезсредств на наш взгляд необходимо отказаться полностью.

Более сложной представляется оценка продукции на основе альдегидов. Безусловно, речь не идет о формальдегиде. Это соединение в настоящее время практически не используется в современных рецептурах дезинфектантов.

Вместе с тем, глутаровый альдегид (ГА) является основным действующим веществом очень многих зарубежных и отечественных препаратов для дезинфекции и особенно для стерилизации изделий медицинского назначения, прежде всего из полимерной оптики (гибкие эндоскопы).

ГА в концентрациях, применяемых для дезинфекции и особенно для стерилизации, представляет большую опасность для здоровья работающих с ним (токсическое, раздражающее, нарколоическое и сенсибилизирующее действие).

По данным большого числа авторов глутаровый альдегид обладает раздражающим и сенсибилизирующим действием на кожу, слизистые оболочки глаз, носа, глотки, дыхательных путей (вплоть до развития астмы).

Описаны случаи аллергических контактных дерматитов у лиц, соприкасающихся с ГА.

Согласно результатам экспериментальных исследований после применения ГА у подопытных животных при гистологическом изучении печени выявляли признаки токсического гепатита.

Выраженное негативное действие ГА послужило основанием для Комиссии по здоровью и безопасности Великобритании рекомендовать использовать ГА только тогда, когда он не может быть заменен менее токсичным веществом.

ГА вызывает сильную денатурацию белка, в результате при наличии остатков загрязнения (слизь, кровь, лимфа и т.п.) происходит их фиксация на поверхности обрабатываемых изделий. Чтобы этого избежать, в рецептуру с ГА необходимо добавлять поверхностно-активные вещества (ПАВ) до 12% в отдельных препаратах, которые при длительном контакте вызывают деструкцию полимерной оптики и специальных склеивающих веществ оптических волокон гибких эндоскопов.

Исключить ГА из состава дезсредств не представляется возможным, т.к. резко падает их антимикробная активность.

Оценивая ГА с одной стороны - с позиции его высокой дезинфицирующей и особенно стерилизующей способности, а с другой как соединение с достаточно выраженным токсическим действием в отношении макроорганизма, специалисты разных стран пришли к заключению, что необходим поиск менее токсичных веществ, в то же время не уступающих по эффективности ГА.

Однако, на сегодня в целом эта проблема не решена.

Уникальным исключением в этом плане является препарат ГИГАСЕПТ ФФ (фирма "Шюльке и Майр ГмбХ", основным действующим веществом которого является янтарный альдегид (далее ЯА), менее токсичный и агрессивный по своему действию и не уступающий по антимикробной активности ГА.

Янтарный альдегид в отличие от ГА не обладает способностью фиксировать остатки белковых загрязнений на медицинских изделиях. В комбинации с другим основным действующим веществом - диметокситетрагидрофураном, синергически усиливающим действие ЯА, образуется совершенно оригинальная необычайно сильная обеззараживающая рецептура для стерилизации медицинских изделий (включая гибкие эндоскопы).

Другим важным преимуществом Гигасепта ФФ является то, что он практически не содержит поверхностно-активных веществ (ПАВ).

При длительной (многочасовой) систематической обработке гибких эндоскопов в режиме стерилизации растворами Гигасепта ФФ не происходит вымывания размягчителей пластмасс, обеспечивающих гибкость полимерной оптики, и разрушения синтетических клеев оптических волокон.

Особое место в рецептуре дезердств занимают четвертичные аммониевые соединения (ЧАС). Эти вещества составляют основу большей части новых разработок российского производства, а также многих зарубежных препаратов.

ЧАС, безусловно, менее токсичны и деструктивны, однако, препараты, состоящие в основном только из ЧАС, имеют существенные слабые места.

ЧАС не относятся к числу сильных антимикробных веществ. Для обеспечения выраженного обеззараживающего эффекта необходимы высокие концентрации ЧАС и продолжительное время действия. Тем не менее, даже при этих условиях невозможно достигнуть стерилизующего действия. Отдельные виды наиболее устойчивых микроорганизмов (споровые формы, микобактерии туберкулеза и т.д.) не подавляются.

Исследования, проведенные НИИ вирусологии им. Д.И.Иванов-ского РАМН, показали, что многие дезердства на основе ЧАС отечественного и зарубежного производства, оказались неэффективны в отношении гепатита В.

Увеличение концентрации ЧАС в дезердстве повышает его деструктирующее воздействие на обрабатываемые изделия и усиливает неблагоприятное влияние на здоровье лиц, с ним соприкасающихся. Вместе с тем в комбинации с другими основными действующими веществами ЧАС образуют очень интересные и перспективные составы.

Характерным примером подобной рецептуры является препарат ЛИЗЕТОЛ АФ (фирма "Шюльке и Майр ГмбХ"). Это уникальный безальдегидный инструментальный дезинфек-тант, лучший на сегодня из группы препаратов, предложенных в зарубежной и отечественной практике, для очистки и дезинфекции изделий медицинского назначения, сочетающий в себе высокие антимикробные свойства (без какого-либо ущерба для обрабатываемых инструментов и изделий) с полной безопасностью для здоровья работающего с ним персонала и пациентов.

Особый характер данному средству придает комбинация ЧАС (бензалконий хлорид) с одним из веществ группы гуанидина (кокос-пропилендиамингуанидин) и феноксипропанолом. Каждое из упомянутых веществ относится к самостоятельной группе действующих соединений, синергически взаимно усиливая и дополняя друг друга, они образуют исключительно мощную антимикробную рецептуру.

Лизетол АФ содержит специальные неионогенные поверхностно-активные вещества (ПАВ), позволяющие проводить эффективную очистку изделий даже из термолабильных материалов.

Наличие антикоррозийных добавок в Лизетоле АФ полностью исключает возможность какой-либо деструкции при обработке изделий из металла.

Эти и другие уникальные специальные добавки в рецептуре Лизетол АФ обеспечивают возможность постоянного, частого, многолетнего применения препарата без всякого негативного воздействия на обрабатываемые изделия и здоровье работающего с ним персонала.

Ни один из известных зарубежных или российских дезинфектантов не обладает таким уровнем "безопасности" для обрабатываемых изделий и здоровья персонала как Лизетол АФ.

Еще одним удачным примером использования ЧАС в комплексе с другими антимикробными компонентами может служить препарат ТРН 5225 ("Шюльке и Майр ГмбХ") для обработки поверхностей.

Здесь обеззараживающую комбинацию образуют бензолкониум хлорид и феноксипропанол. Этот высокоактивный антимикробный комплекс в сочетании с сильными очищающими (неионогенные ПАВ) и другими спецдобавками обеспечивает ТРН 5225 исключительные обеззараживающие и моющие свойства, безопасность для здоровья и абсолютную экологичность.

Соединения активного кислорода. Препараты, основным действующим компонентом которых является активный кислород, характеризуются прежде всего высокой степенью безопасности для людей, экологичностью и хорошей очищающей способностью.

Наиболее известный представитель данного класса - перекись водорода. Антимикробная активность данного вещества недостаточна, однако оно хорошо свертывает белок. В связи с чем перекись водорода обоснованно используется для очистки кожных покровов и поверхностей изделий от различных белковых загрязнений (кровь, гной, слизь и т.п.). Как дезинфицирующее средство в настоящее время перекись водорода вряд ли представляет серьезную ценность.

Число дезинфектантов данной группы на российском рынке не столь значительно. Наиболее известны из них Виркон (фирма "КРКА" Словения) и Перформ (фирма "Шюльке и Майр ГмбХ"). Основное действующее вещество обоих препаратов - пероксомоносульфат калия.

Серьезным негативным моментом Виркона является то, что производитель рекомендует его для обработки инструментов и эндоскопов. Вместе с тем убедительно показано выраженное корродирующее действие рабочих

растворов Виркона на металлы в связи с высокой кислотностью (рН 2,37) препарата. Кроме того, присутствие в Вирконе значительных количеств ПАВ (как уже отмечалось выше) вызывает постепенную деструкцию оптической части гибких эндоскопов при продолжительном воздействии на них раствором Виркона.

Перформ используется только как поверхностный дезинфектант и в этой сфере является одним из лучших препаратов. Существенное снижение концентрации перексомоносульфата (до 20%) по сравнению с Вирконом (50%) и включение в рецептуру бензоата натрия (15%) и винной кислоты (10%) обеспечило создание оптимальной обеззараживающей рецептуры Перформа.

В результате значительно снизилась кислотность (рН 3,8) и усилилось антимикробное действие препарата. Перформ способен подавлять даже споровые формы бактерий и грибы.

Специальные неионогенные и ионогенные ПАВ обеспечивают уникальный очищающий эффект данному препарату. Применение Перформа особенно показано, когда необходимо обеспечить надежную дезинфекцию при высоких требованиях к безопасности для здоровья. Поэтому препарат незаменим, например, в отделениях для недоношенных детей или в учреждениях трансплантологии. И тем не менее, следует еще раз подчеркнуть, что фирма "Шюльке и Майр ГмбХ" не рекомендует Перформ для обработки медицинских инструментов и эндоскопов.

Соединения йода. Как известно, препараты на основе данного вещества используют для обеззараживания кожных покровов.

Безусловно, йод оказал неоценимую помощь медицинской практике в борьбе с инфекциями. Однако в настоящее время необходимы более эффективные и безопасные кожные антисептики, поскольку применение йода и его препаратов (йодонат, йодовидон, йодопи-рон и др.) связано с целым рядом негативных моментов.

За длительную практику использования этого вещества появились йодоустойчивые штаммы бактерий, что снижает антибактериальные возможности данного соединения. Йод практически не подавляет грибы и дрожжи. Он недостаточно активен в отношении некоторых вирусов. Антимикробные свойства йода снижаются в присутствии белка (гноя), а длительное его применение мешает заживлению швов и ран.

Йод сильный окислитель, с чем и связана его антимикробная активность. Окислительные процессы в тканях организма (ранах, полостях) индуцируют образование свободных радикалов, нарушающих обмен веществ в клетках и обуславливающих токсические свойства йодосодержащих веществ.

Резорбция йода происходит как с поврежденных, так и цельных кожных покровов. Прежде всего страдают фибробласты и лейкоциты. Не исключается и тератогенное и эмбриотоксическое действие соединений йода. Йод обладает достаточно выраженными сенсibiliзирующими свойствами, с чем связывается нередко встречающаяся местная непереносимость и йодочувствительность отдельных людей к данному веществу.

Аппликация данного препарата на поврежденные ткани связана с сильными болевыми ощущениями. Но и неповрежденные кожные покровы травмируются и окрашиваются йодом вследствие глубокой диффузии вещества в ткани.

Препараты йода нельзя использовать у беременных и кормящих женщин, так как последний всасывается плацентой и переходит в детское молоко.

Необходимо сказать и о значении пропиловых спиртов. Эти вещества, преимущественно 1 и 2 пропанола, являются весьма полезным дополнением в рецептурах кожно-слизистых антисептиков. Обладая достаточной антимикробной активностью, они существенно усиливают эту характеристику в препаратах. Практически во всех современных, наиболее эффективных антисептиках зарубежных фирм пропиловые спирты в различных количествах обязательно присутствуют.

Данные соединения включают и в рецептуру отдельных "поверхностных" и "инструментальных" дезинфицирующих средств. Ранее мы уже упоминали, что, например, феноксипропанол синергически усиливает антимикробную активность комбинации других веществ в одном из лучших "инструментальных" препаратов ЛизетолАФ или в другом средстве фирмы "Шюльке и Майр ГмбХ" "поверхностном" дезинфектанте ТРН 5225 (в комплексе с бензалкониумом хлоридом - ЧАС).

Можно также сказать еще об одном "поверхностном" дезинфектанте этой же фирмы МикроцидеЛиквиде. Здесь комбинация 1 пропанола (35%) с этанолом (25%) и этилгексанола (10%) обеспечивает высокий антимикробный эффект против патогенов различных групп при полной безопасности для здоровья людей. Последнее качество особенно важно, так как Микроцид Ликвид применяют аэрозольно методом распыления (прежде всего в труднодоступных объектах) в присутствии людей.

Хлоргексидин биглюмонат (Гибитан) используется в качестве основного действующего вещества большинства кожно-слизистых антисептиков.

По мнению специалистов лаборатории лечения и профилактики инфекций в хирургии Научного центра хирургии РАМН хлоргексидин обладает недостаточной антимикробной активностью (Н.С.Богомолова, Т.Я.Пхакадзе). Литературные данные свидетельствуют, что хлоргексидин слабо эффективен

в отношении микобактерий, некоторых грамотрицательных бактерий (*pseudomonas*, *proteus*), дрожжей и дерматофитов. Крайне низка его активность в отношении синегнойной палочки.

Для достижения максимального сокращения микроорганизмов на тканях при применении препаратов хлоргексидина требуется достаточно продолжительный (до нескольких минут) период времени.

Эффективность препаратов хлоргексидина сильно (до 1000 раз) снижается в присутствии в крови гноя, мыла, а также в кислой среде.

Существенным недостатком препаратов хлоргексидина являются различные неблагоприятные реакции при их применении.

В частности, возможность развития аллергических реакций у лиц с повышенной чувствительностью кожи, что подтверждается исследованиями НИИ дезинфектологии МЗ РФ (Шандала М.Г.) и данными литературы. При частом применении данного вещества в 2-2,8% случаев могут возникнуть явления дерматита или фотосенсибилизации кожи.

Хлоргексидин может обусловить дополнительное повреждение клеток в брэдитропных тканях (сухожилия и сухожильные влагалища), а также при нарушениях циркуляции крови. Он вызывает явления раздражения слизистой глаз у людей, начиная уже с концентрации 0,005 - 0,01 %.

Употребление 0,3 и 0,02% растворов хлоргексидина с водой обуславливает обратимые дисплазии и лейкоплакий (предзлокачественные изменения) эпителия языка у крыс.

В ряде тестов (AMES и DNA Repair) эти соединения вызывали мутагенное воздействие.

При обработке новорожденных детей хлоргексидином малые количества (до 1,0 мкг/мл) этой субстанции обнаруживали в крови.

При оральном применении вещества возможны обратимые нарушения вкусовых ощущений, обратимая нечувствительность языка, десквамативные изменения слизистых и припухания слюнных желез.

Длительное использование препаратов на основе хлоргексидина возможно только после консультации с врачом.

Очевидно нет необходимости обсуждать целесообразность применения в рецептурах кожных антисептиков таких веществ как муравьиная кислота или хлорамин.

Сильно выраженное негативное влияние на живые ткани побуждает отказаться от использования этих соединений, также как и от употребления прежде всего из-за недостаточной антимикробной активности этилового спирта.

Для снижения негативного влияния частого применения кожных антисептиков (сухость, трещины и т.п.) целесообразно постоянно использовать специальные кремы (или лосьоны), которые существенно снижают эти побочные эффекты. Некоторые зарубежные фирмы производят подобные средства. Так например, препарат Эземтан Хаутбальзам (фирма "Шюльке и Майр") не только ухаживает за кожей рук, но и обладает выраженным антимикробным действием.

На принципиально новый качественный уровень решения проблемы гигиенической и хирургической обработки рук выводят медицинскую практику антисептики германской фирмы "Шюльке и Майр".

Главным отличием и преимуществом кожно-слизистых антисептиков, производимых фирмой "Шюльке и Майр" (Октенимап, Октенидерм и Октенисепт), от всех других зарубежных и отечественных препаратов этой группы является то, что основным действующим веществом рецептур фирмы "Шюльке и Майр" является октенидиндигидрохлорид (далее октенидин).

Октенидин - уникальная, запатентованная разработка фирмы - обладает самой высокой и продолжительной (до 6 часов на кожных покровах) антимикробной активностью из применяемых в настоящее время веществ.

Российскими исследователями (Малиновский Н.Н. и др. 1997г, Рубашная Е.Н. и др. 1997г) показано, что препараты на основе октенидина в 1,5 -2 раза сильнее подавляют бактериальную микрофлору на здоровой коже и в ранах, чем средства хлоргексидина.

Устойчивых патогенов к октенидину не обнаружено, в то время как ко всем другим антимикробным веществам (в том числе и хлоргексидину) такие штаммы выделяются.

Препараты на основе октенидина характеризуются отсутствием какого-либо местного раздражающего или сенсibiliзирующего эффекта (даже у больных с экземой), явлений острой или хронической токсичности (LD50 препаратов октенидина в 4 - 6 раз выше, чем у препаратов хлоргексидина, соответственно Октени-дерм LD50 12,9 мл/кг, Октенисепт - LD50 - 15мл/кг и Хлоргексидин 2,5 г/кг).

За счет использования специальных добавок антисептики фирмы не нарушают нормальной функции кожи, не обезжиривают и не сушат кожные покровы, что имеет огромное значение для медицинских работников (хирурги, анестезиологи, инфекционисты и др), вынужденных в силу профессиональной необходимости в течение многих лет по несколько раз в день дезинфицировать кожные покровы.

Специальные кремы для восстановления кожи при применении указанных препаратов не требуются.

Отмеченное выше определяет уникальность препаратов Октенимана, Октенидерма, Октенисепта и позволяет сделать заключение, что в группе кожнослизистых антисептиков на сегодняшний день по комплексу характеристик эти средства не имеют аналогов в мировой практике здравоохранения.

В этой уникальной группе препаратов особое место занимает слизистый антисептик Октенисепт. Препарат обеспечивает необычайно высокий эффект при лечении любых воспалительных состояний в организме человека (от обычного насморка до перитонита), а также надежно предупреждает их возникновение при профилактическом использовании. Октенисепт не имеет противопоказаний к применению. Не вызывает аллергических реакций и местного раздражающего действия. Хорошо переносится при многократных аппликациях.

Специальным аспектом дезинфекции кожных покровов (особенно оперирующего персонала) является мытье рук.

Крайне нежелательно использовать в этих целях твердые мыла, поскольку их остатки могут "залипать" на коже и быть местом скопления микроорганизмов, снижая эффект гигиенической обработки.

Твердое мыло содержит калиево-магниевые соединения, которые нейтрализуют кислотность кожи. Проникая в поверхностные слои кожи, эти соединения приводят к "засаливанию" и набуханию эпидермиса и последующей его десквамации. В результате частого, постоянного использования мыла происходит снижение естественных антибактериальных свойств и нарушение функции кожных покровов, а затем и их деструкция.

Многих из этих негативных свойств лишены специальные жидкие препараты. Особое место среди них занимает Эземтан (Шюльке и Майр) - моющее средство, не содержащее мыла.

Эземтан обладает выраженной антибактериальной и антимикотической активностью, усиливает кислотно-защитное действие кожи и таким образом кроме гигиенического эффекта обеспечивает и базисный дезинфицирующий эффект. Препарат содержит добавки, сохраняющие влажность и жирность покровов, питающие и защищающие кожу от раздражения.

Использование Эземтана в комплексе с Октениманом обеспечивает идеально решение проблемы надежной дезинфекции и защиты кожных покровов при необходимости частой и постоянной обработки рук.

Еще одним аспектом практики применения дезсредств, который, как нам представляется, целесообразно рассмотреть, является широта сферы их применения.

Отдельные зарубежные и особенно российские производители, число которых в последнее время быстро увеличивается, разрабатывают многоцелевые средства, считая универсальность важным достоинством дезинфектанта.

Однако многолетний практический опыт дезинфекции свидетельствует, что совместить в одном препарате возможность обработки медицинских изделий (например, из полимерной оптики или некоторых металлов) и дезинфекции поверхностей (полы, стены) практически невозможно. Совмещение зачастую ведет к негативным последствиям и ущербу.

Для тонких дорогостоящих медицинских изделий (гибкие эндоскопы и т.п.) необходимы особые рецептуры и вещества, которые не должны вызывать какой-либо деструкции оптической части прибора или коррозии металла даже в режиме стерилизации, когда необходимо многочасовое обеззараживание объекта.

Другой аспект. Моющее действие дезсредства достигается включением в его состав поверхностно-активных веществ (ПАВ), которые присутствуют в больших количествах практически во всех так называемых поверхностных дезинфектантах. Вместе с тем, присутствие ПАВ, особенно в значимых количествах, как отмечалось выше, нежелательно в препаратах для обработки изделий из полимерной оптики (гибкие эндоскопы).

Или степень кислотности состава pH, которая не столь важна для дезсредств, используемых для обработки поверхностей помещений и в то же время имеет большое значение для препаратов, предназначенных для дезинфекции изделий из металла и, особенно, кожных антисептиков. И так далее.

В связи с отмеченным ведущие зарубежные фирмы производят только целенаправленные препараты по нескольким основным группам. Поверхностные, инструментальные, кожно-слизистые и так называемые гигиенические дезинфектанты. Некоторые фирмы выделяют еще одну группу препаратов - для стоматологии. Каждый из дезинфектантов, относящихся к одной из этих основных групп, рекомендован для одной из упомянутых сфер. И, очевидно, стратегически это наиболее оптимальный подход в решении данного вопроса.

2.2 Провести анализ дезинфекционных средств в родильном отделении ЦОМид Хангаласского улуса.

Центр Охраны Материнства и Детства в Хангаласском районе имеет три этажа;

- 1 этаж – женская консультация;
- 2 этаж – родильное отделение;
- 3 этаж – отделение патологии беременных.

Структура родильных домов основана на учете необходимости:

- соблюдения строгих правил санитарно-гигиенического режима, асептики и антисептики,
- оказания всесторонней квалифицированной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным,
- оказание всех видов помощи в любое время в неотложном порядке,
- полной изоляции больных женщин и детей от здоровых.

Акушерский стационар состоит из следующих отделений:

1. Фильтр — в нем происходит отбор здоровых рожениц от больных и положительных на инфекции. Из фильтра поступающие роженицы направляются в смотровую первого и второго акушерских отделений.

2. Первое (физиологическое) акушерское отделение предназначено для госпитализации здоровых рожениц и родильниц. В состав первого акушерского отделения входят:

- смотровая;
- родильный блок с предродовой, родовой, операционной;
- послеродовое отделение;
- отделение для новорожденных детей.

3. Второе (обсервационное) акушерское отделение предназначено для госпитализации инфицированных и подозрительных в этом отношении рожениц.

Смотровая:

- Родильный люк с предродовой, родовой, операционной;
- Отделение для новорожденных.

В родильном доме имеются лаборатории, лечебно-диагностические кабинеты.

Режим работы ГБУ РС(Я) Хангаласская ЦРБ

Режим работы стационар(круглосуточный)

Зав.родильным отделением: Ефремова Анисия Ивановна

Врач – неонатолог: Монастырева Евдокия Михайловна

Старшая медсестра родильного отделения: Попова Елена Сергевна

Операционные медсестры:

Саввин Елена Васильевна

Маркова Наталья Игнатьевна

Дежурные акушер – гинекологи: (согласно по графику)

Неряева Сардаана Валентиновна;

Иванова Ирина Сергеевна;

Ефремова Анисия Ивановна;

Иванова Анастасия Васильевна;

По табелю рабочего времени «День – 8ч. Ночь – 16ч.»

Дежурные акушерки.

Дежурные медсестры детского блока.

Дежурный младший персонал.

В 2015 г. в Хангаласской ЦОМид использовался дезинфицирующий препарат Абактерил.

Средство «АБАКТЕРИЛ» представляет собой прозрачную жидкость слегка желтоватого или зеленого цвета со слабым специфическим запахом или запахом применяемой отдушки. Допускается наличие опалесценции и незначительного осадка. В качестве действующих веществ содержит синергетическую смесь четвертичных аммониевых соединений алкилдиметилбензиламмоний хлорида и алкилдиметилэтилбензиламмоний хлорида (ЧАС) с полигексаметиленгуанидин гидрохлоридом (ПГМГ) и N,N-бис(3-аминопропил) додециламином: (суммарно) – 9% , кроме того, в состав средства также входят моющий и обезжиривающий компонент (алкилполиглюкозид), активаторы формулы, дезодорирующий компонент – для связывания посторонних запахов, отдушка, вода дистиллированная или вода деминерализованная (подготовленная), ингибиторы коррозии – для предотвращения коррозии инструментов из металлов, включая углеродистые стали и сплавы, сплавов титана и цветных металлов (лагунь, медь). Показатель активности водородных ионов (рН) 1% раствора средства $8,4 \pm 0,5$ при 20°C .

Средство имеет хорошие моющие (при малом пенообразовании) обезжиривающие и дезодорирующие свойства, не портит обрабатываемые объекты, не оказывает отбеливающего действия на цветные ткани, не повреждает изделия из различных металлов, включая, углеродистые стали и сплавы, не фиксирует органические загрязнения, не вызывает коррозии металлов. Средство удаляет белковые, жировые, и другие виды загрязнений с поверхностей из различных материалов (стекло, керамика, металлы, ковровые покрытия, обивочные ткани, бетон, резина, пластик, кафель, фарфор, фаянс и другие).

Средство полностью биоразлагаемо и экологически безопасно.

Средство сохраняет свои свойства после заморозки и последующего оттаивания.

Рабочие растворы негорючи, пожаро- и взрывобезопасны.

При контакте с остаточными количествами мыла и анионных поверхностно-активных веществ дезинфицирующие свойства растворов препарата «АБАКТЕРИЛ» сохраняются.

В 2016 г. использовался дезинфицирующий препарат Абсолют окси.

Средство «АБСОЛЮЦИД окси» средство дезинфицирующее, представляет собой порошок или таблетки белого цвета, в состав которого входит перексольват фторида калия, смесь синтетических ПАВ и ингибитор коррозии. Средство в форме порошка хорошо растворимо в воде, водные растворы прозрачные, бесцветные. Средство в форме таблеток весом 10 ± 1 г, растворяется в воде в течение 20 ± 2 минут. Водные растворы средства не имеют резкого запаха.

Средство «АБСОЛЮЦИД окси» обладает бактерицидной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (включая микобактерии туберкулеза); фунгицидной активностью в отношении грибов рода кандиды и дерматофитов; вирулицидной активностью в отношении возбудителей гепатита В, ВИЧ-инфекции и полиомиелита.

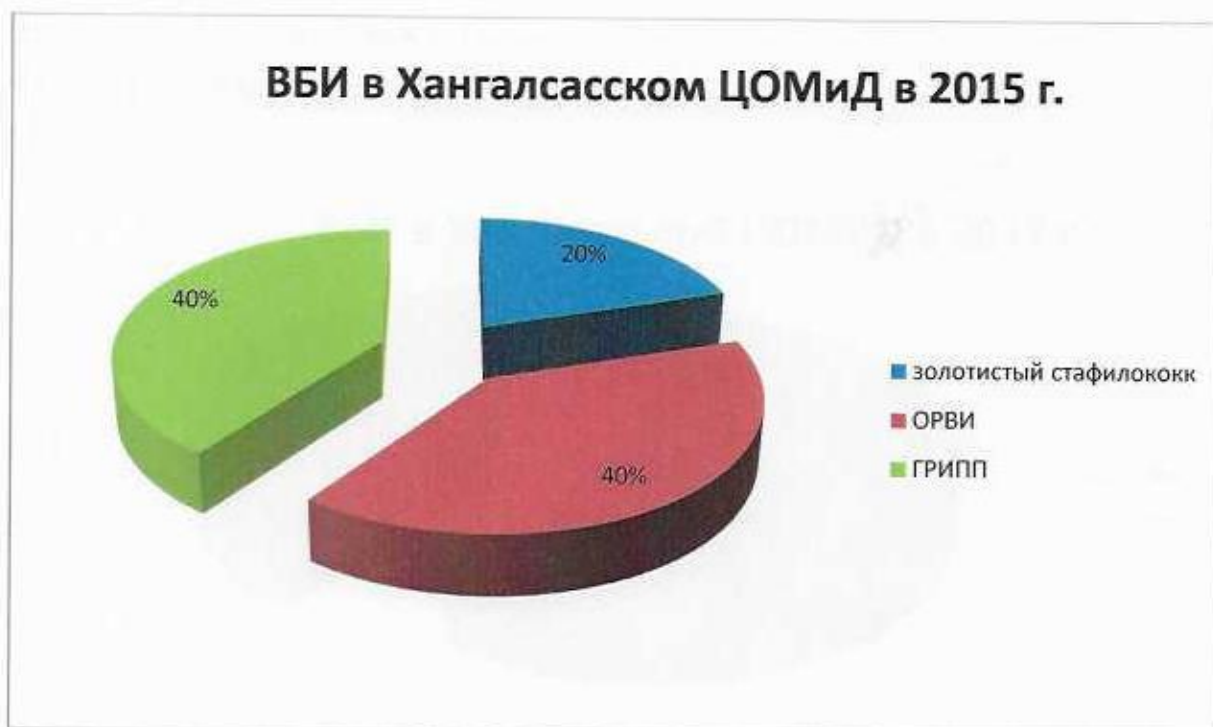
Средство «АБСОЛЮЦИД окси» предназначено для применения при проведении:

- профилактической, текущей и заключительной дезинфекции поверхностей в помещениях, жесткой мебели, санитарно-технического оборудования, белья, посуды, предметов ухода за больными, кюветов, игрушек, предметов ухода за больными, уборочного материала, медицинских отходов при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), грибковой и вирусной (полиомиелит, гепатит В, ВИЧ-инфекция) этиологии в лечебно-профилактических, детских учреждениях, в клинических, микробиологических, вирусологических лабораториях, на предприятиях общественного питания, торговли, коммунальных объектах (гостиницах, общежитиях, банях, прачечных, парикмахерских, бассейнах, спорткомплексах, санпропускниках и т.п.);
- для проведения генеральных уборок в ЛПУ, роддомах, родильных отделениях ЛПУ и детских учреждениях;
- для дезинфекции изделий медицинского назначения, включая стоматологические инструменты из низкоуглеродистой стали, коррозионностойких металлов, резины, стекла, пластмасс (кроме эндоскопов и инструментов к ним);

- для дезинфекции совмещенной с предстерилизационной очисткой изделий медицинского назначения, включая стоматологические инструменты из низкоуглеродистой стали, коррозионностойких металлов, резин, стекла, пластмасс (кроме эндоскопов и инструментов к ним);
- для предстерилизационной очистки, не совмещенной с дезинфекцией изделий медицинского назначения, включая стоматологические инструменты из низкоуглеродистой стали, коррозионностойких металлов, резин, стекла, пластмасс (кроме эндоскопов и инструментов к ним);
- для дезинфекции объектов транспорта, включая салоны санитарного автотранспорта.

В 2017 г. В Хангаласском ЦОМид обратно вернулись к препарату Абактерил так как, во время ее использования произошло наименьшее количество ВБИ, чем с Абсолюцид окси.

В этиологической структуре преобладает золотистый стафилококк, в последние годы отмечается тенденция к росту значимости различных грамотрицательных бактерий. Именно грамотрицательными бактериями, как правило, обусловлены вспышки внутрибольничных инфекций в родильных отделениях.



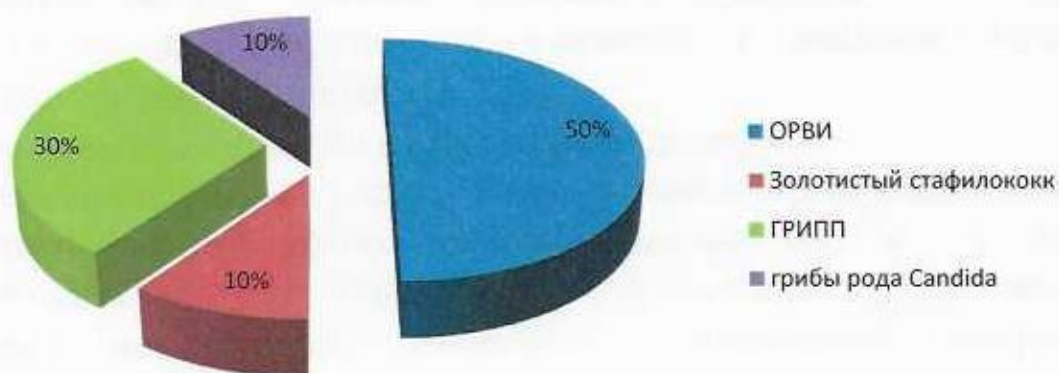
За 2015 год в Центре Охраны Материнства и Детства произошло в общем 5 вспышек ВБИ:

Золотистый стафилококк – 1

ОРВИ– 2

ГРИПП – 2

ВБИ в Хангаласской ЦОМид в 2016 г



За период 2016 г. в Центре Охраны и Материнства в Хангаласском улусе произошли вспышки ВБИ:

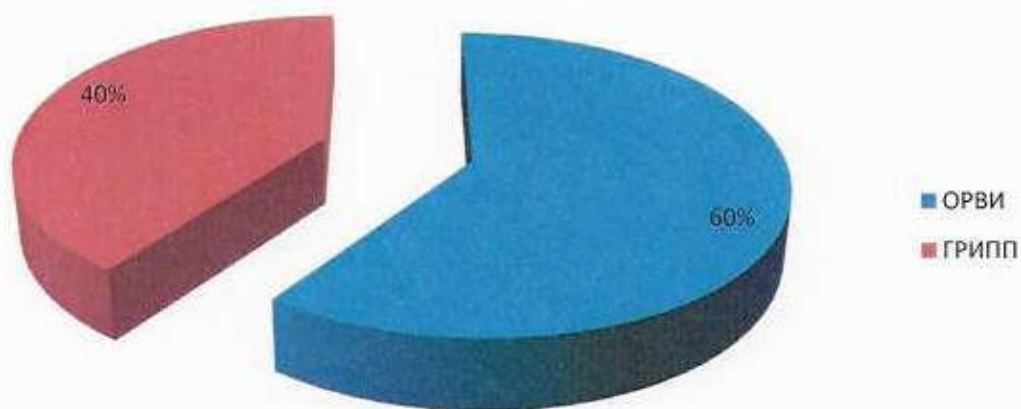
ОРВИ – 3

ГРИПП – 2

Золотистый стафилококк – 1

Грибы рода Candida – 1

ВБИ в Хангаласской ЦОМид в 2017 г.



За 2017 г. в Центре Охраны и Материнства в Хангаласском улусе произошли вспышки ВБИ:

ОРВИ – 3

ГРИПП – 2

Выводы

1. Санитарно-эпидемиологический режим акушерского стационара приказ № 345 от 26 ноября 1997 года «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» Одной из основных причин заболеваемости в роддомах является внутрибольничная инфекция (ВБИ).

Противоэпидемический режим акушерского стационара

Согласно приказу № 345 родильный дом не менее 1 раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в т.ч. для косметического ремонта. Открытие его допускается только после получения отрицательных результатов лабораторного контроля окружающей среды и разрешения центров госсанэпиднадзора.

2. Исходя из статистических данных, мы видим что в Центре Охраны Материнства и Детства в Хангаласском улусе больше всего применяется дезинфицирующее средство Абактерил, так как при его применении в 2015 и в 2017 году ВБИ в ЦОМид Хангаласского улуса уменьшилась, чем при использовании Абсолюцид окси в 2016 году.

3. При анализе из статистических данных видно, что дезинфицирующий раствор Абактерил преобладает качеством и средство имеет хорошие моющие обезжиривающие и дезодорирующие свойства, чем дезинфицирующий раствор Абсолюцид окси.

Список источников и литературы.

- 1) Приказ МЗ СССР № 345 от 26 ноября 1997 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» / Министр здравоохранения Российской Федерации Т.Б.Дмитриева/
- 2) Акушерство - Дуда В.И. М - 2014 г.
- 3) Руководство «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в акушерских отделениях / стационарах» Москва 2012г.
- 4) Дезинфекция - Осипова В.Л. - Учебное пособие 2016 г. Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- 5) Особенности дезинфекции и стерилизации. Учебное пособие для медицинских вузов. /Базикян Эрнест Арамович / Волчкова Л. В./ 2016 г. Издательство: ГЭОТАР-Медиа
- 6) 1.Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 - 10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Постановление №5 Роспотребнадзора.
- 7) 4. Шестопалов Н.В. Актуальные проблемы дезинфектологии и задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, президент НоД, доклад на общем собрании членов НоД 25.11.2015, ДД. №4, 2015.
- 8) 6. Шестопалов Н.В. М.Г. Шандала Роль и значение дезинфектологической науки и практики в достижении противозидемических целей. ФБУН «НИИДезинфектологии Роспотребнадзора, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ДД №4, 2016.
- 9) "Медицинская дезинфекция, дезинсекция дератизация" под ред. В.В. Шкарина, В.А. Рыльникова Руководство для врачей 2016 г.
- 10) <http://steriliz.narod.ru/index.htm>