

**Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций,
связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»)**

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
В РОДОВОМ ЗАЛЕ**

Федеральные клинические рекомендации

Сентябрь, 2013

Обеспечение эпидемиологической безопасности в родовом зале. Федеральные клинические рекомендации. – М., 2013. – 43 с.

Авторы:

Е.Б. Брусина – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эпидемиологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России (ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России);

Е.М. Зеленина – к.м.н., заместитель начальника ДОЗН Кемеровской области по охране матери и ребенка

И.М. Сутулина – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России

Е.Г. Цой – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России

Н.Б. Колесникова – заместитель директора по акушерской помощи ГБУЗ Кемеровской области «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой» (ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой)

Т.П. Желнина – к.м.н., ассистент кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава РФ

Н.Б. Соболева - заместитель директора по неонатологии ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой

Н.М. Толкач – заведующая отделением новорожденных ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой

Н.Б. Шишкина - старшая акушерка родильного отделения ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой

О.Н. Никитина - старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации №2 ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой

Экспертный совет: Брико Н.И. – академик РАМН, д.м.н., проф., зав.кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, главный внештатный специалист эпидемиолог Минздрава России, председатель НП «НАСКИ» (Москва); Зуева Л.П. – д.м.н., проф., зав.кафедрой ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России (Санкт-Петербург); Ковалишена О.В. - д.м.н., проф. кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, исполнительный директор НП «НАСКИ» (Нижний Новгород); Стасенко В.Л. - д.м.н., проф., зав.кафедрой эпидемиологии ГБОУ ВПО ОГМА Минздрава России, главный внештатный специалист эпидемиолог Минздрава Омской области (Омск); Фельдблюм И.В. – д.м.н., проф., зав.кафедрой эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России (Пермь); Шкарин В.В. – член-корр. РАМН, д.м.н., проф., президент и зав.кафедрой эпидемиологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России (Нижний Новгород).

Согласованы Профильной комиссией Минздрава России по эпидемиологии 26 сентября 2013 г., протокол №2.

Утверждены на общем собрании членов некоммерческого партнерства «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (НП «НАСКИ») 26.09.2013 (Протокол №2) в период проведения Всероссийской конференции с международным участием «Эпидемиология в XXI веке: Новые горизонты профилактики», Кемерово, 25-27 сентября 2013 г.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Клинические рекомендации предназначены для организации процесса родовспоможения в родильном зале с соблюдением принципов асептики и антисептики и обеспечением эпидемиологической безопасности медицинской помощи для профилактики инфекций у родильниц, новорожденных и медицинского персонала. Представляемый материал детально дает пошаговую последовательность, необходимую для профилактики инфицирования и не преследует цель исчерпывающего изложения специальных вопросов неонатологической и акушерской помощи.

ОГЛАВЛЕНИЕ

МЕТОДОЛОГИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	7
1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ	7
1.1. Начало работы в родовом блоке	7
1.2. Порядок подготовки стерильного стола к родам	8
1.3. Подготовка стола для новорожденного	11
2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДАХ РОДОВ.....	13
2.1. Обработка наружных половых органов роженицы	13
2.2. Эпизио- и перинеотомия	15
2.3. Первичная обработка новорожденного в родильном зале.....	15
2.4. Активное ведение III периода родов	17
2.5. Катетеризация мочевого пузыря	17
2.6. Осмотр родовых путей	18
2.7. Ушивание травм родовых путей.....	19
2.8. Вторичная обработка новорождённого	20
2.9. Врачебный осмотр новорожденного в родильном зале	22
3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЁННОГО	23
3.1. Подготовительный этап.....	23
3.2. Восстановление проходимости дыхательных путей - санация ротоглотки.....	27
3.3. Искусственная вентиляция легких	28
3.4. Постановка желудочного зонда.....	28
3.5. Интубация трахеи.	29
3.6. Санация дыхательных путей при наличии мекония в околоплодных водах	30
3.7. Непрямой массаж сердца	33
3.8. Введение катетера в пупочную вену.....	33
3.9. Окончание реанимационных мероприятий	36
4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА.....	36

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:
поиск в электронных базах данных

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематически обзоры рандомизированных контролируемых исследования (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описание случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучалась для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влиял на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияло на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базировалось на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы варьировали в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Была использована методология NICE (National Institute for Health and Care Excellence).

Для исключения влияния на процесс оценки субъективного фактора каждое исследование оценивалось независимо по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались группой в полной составе. Достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:
консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2):

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований. Оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPP):

Рекомендуемая доброкачественная практики базируется на практическом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикация по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств доступна для понимания и порядок действий выполним в практике.

Получены комментарии со стороны врачей и среднего медицинского персонала родильных домов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультации и экспертная оценка:

Настоящие рекомендации были представлены экспертам НАСКИ (Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи),

обсуждены и рекомендованы Профильной комиссией по эпидемиологии Министерства здравоохранения Российской Федерации 26 сентября 2013г.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму, рекомендации не противоречат действующему санитарному законодательству.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D) приводятся в таблице 3 и частично при изложении текста рекомендаций.

Сила рекомендаций (таблица 3)

Тип рекомендаций	Сила
Гигиеническая обработка рук	B
Хирургическая обработка рук	A
Асептическая техника	A
Бесконтактная техника манипуляций	A
Защита персонала фартуками, очками	C
Использование спиртосодержащих антисептиков для обработки рук и кожи	GPP
Мытье поверхностей	GPP
Стандартные меры предосторожности при контакте	B
Стандартные меры предосторожности для исключения передачи возбудителя через воздух	B
Использование барьерных методов для исключения передачи возбудителя при контакте	GPP

ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение эпидемиологической безопасности при выполнении медицинских технологий в родильном зале – обязательная составляющая качества оказания медицинской помощи новорожденному ребенку и родильнице. Методические рекомендации освещают детально пошаговую последовательность, необходимую для профилактики инфицирования и не преследуют цель исчерпывающего изложения специальных вопросов неонатологической или акушерской помощи.



1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

1.1. Начало работы в родовом блоке

При поступлении в родовой блок до родов женщина может находиться в собственной чистой хлопчатобумажной рубашке и халате. Допускается также использование белья однократного применения, либо чистого хлопчатобумажного белья родильного дома. Бритьё промежности и постановка очистительной клизмы рутинно не используются, но допускаются по желанию женщины (при обязательном условии использования одноразовых стерильных кружек Эсмарха и стерильной воды).

При поступлении роженицы в индивидуальный родовой зал (предродовую палату)

акушерке:

- сопроводить роженицу в индивидуальный родовой зал;
- выдать роженице чистую рубашку или сорочку (при необходимости) и упаковку со стерильными подкладными салфетками;
- выдать санитарке комплект чистого постельного белья (для роженицы);
- выдать санитарке мешки для сбора отходов класса «А» и класса «Б»;
- выдать санитарке мешок для сбора грязного белья.

Дальнейшее наблюдение за роженицей осуществляется акушеркой в течение всего первого периода родов. Все манипуляции проводятся в индивидуальном родовом зале. До конца первого периода родов акушерка и другие члены бригады работают в одежде родильного блока (хирургический костюм).

Обеспечение эпидемиологической безопасности при инъекциях, инфузиях и перидуральной анестезии, порядок обработки рук содержатся в других методических рекомендациях.

1.2. Порядок подготовки стерильного стола к родам

В конце первого периода родов **акушерке** необходимо:

- провести гигиеническую обработку рук (В, GPP);
- доставить (на манипуляционном столике №1) в родовой зал набор на роды, необходимые в родах стерильные укладки, упаковки с детской кислородной маской и шлангом для электроотсоса (А);



- надеть колпак, маску (используются колпаки и маски однократного применения);
- провести гигиеническую обработку рук.

В родовом зале:

- поместить чистый лоток для сбора околоплодных вод и приема последа на выдвижную часть акушерского стола;
- подготовить упаковки со стерильными перчатками и набором на роды, проверив целостность упаковок и сроки годности;
- проверить цвет индикаторных меток химических индикаторов на стерилизованных упаковках;
- открыть наружную упаковку стерильного комплекта на роды (одноразовый комплект одежды хирургической для роженицы), индивидуальной укладки для первичной обработки новорожденного, укладки с пеленками, перчатками (А);

В набор на роды входят стерильные укладки:

- для обработки наружных половых органов;
- для осмотра шейки матки;
- для первичной обработки новорожденного;
- для вторичной обработки новорожденного;
- пеленки (8 шт.) для обеспечения тепловой защиты и оказания помощи новорожденному ребенку (2 – для приема и обтирания новорожденного, 1 – на стол для обработки новорожденного, 1 – для накрывания новорожденного, 1 – для взвешивания, 1 – для использования в качестве валика при проведении реанимации, 2 – для пеленания при транспортировке);
- стерильное одеяло хлопчатобумажное для тепловой защиты новорожденного;
- одноразовые стерильные халаты (3 шт.);
- марлевые шарики.

Дополнительно комплектуются укладки:

- для эпизиотомии;
- 2-3 набора для обработки наружных половых органов;
- набор для ушивания травм родовых путей;
- 2 набора стерильной одежды для новорожденного (шапочка, носочки);
- одноразовый стерильный мочевого катетер (используется лубрицированный уретральный катетер).

Дополнительные укладки открываются по мере необходимости. Разделение упаковок позволяет раскрывать только необходимый набор инструментов.

После использования укладка полностью разбирается и убирается со стерильного стола.

Для ведения родов используется одноразовый комплект одежды хирургической для роженицы, включающий:

- *халат хирургический 140см с влагонепроницаемым передом и рукавами на резинке – 3 шт.;*
- *бахилы хирургические высокие на резинке – 1 пара;*
- *шапочку-берет хирургическую– 1 шт.;*
- *прокладку впитывающую 21,5x8см – 2 шт.;*
- *салфетку впитывающую многослойную 60x60см – 2 шт.;*
- *пеленку хирургическую влагонепроницаемую 70x80 см – 2 шт.*
- *простыню хирургическую влагонепроницаемую -140x80см – 1шт.*

При использовании разового акушерского комплекта:

- поместить на манипуляционный стол №2 стерильный комплект на роды;
- провести хирургическую обработку рук (А);
- достать из упаковок стерильный халат и стерильные перчатки;
- надеть стерильный халат (А);
- надеть стерильные перчатки (GPP);
- развернуть стерильный комплект на манипуляционном столе;
- выложить стерильную укладку для первичной обработки новорожденного на образовавшуюся стерильную поверхность манипуляционного стола;
- выложить стерильную укладку для обработки наружных половых органов;
- до врезывания головки накрыть манипуляционный стол верхним слоем простыни так, чтобы края простыни свисали вниз.



1.3. Подготовка стола для новорожденного

Акушерке:

- достать из набора стерильные пелёнки;
- взять одну пеленку и накрыть стол для новорожденного;
- взять вторую пеленку, свернуть из нее валик для реанимации, выложить на накрытый пеленкой стол для новорожденного;
- выложить на стол для подогрева 3 пеленки (для взвешивания и вторичной обработки, не разворачивая), стерильное детское хлопчатобумажное одеяло;

- выложить на стол для новорожденного шапочку и носочки для подогрева (используются чистые шапочка и носочки, принесенные роженицей, при их отсутствии – шапочка и носочки из стерильного набора);



- взять пеленку и накрыть стол для новорожденного сверху;

- положить сверху 2 пеленки в развернутом виде для обтирания и накрывания ребенка после рождения;



- обработать фонендоскоп (GPP): вскрыть упаковку со стерильным марлевым шариком или спиртосодержащей салфеткой, смочить марлевый шарик спиртосодержащим антисептиком, разрешенным к применению у новорожденных, протереть полностью фонендоскоп, двукратно, с интервалом 15 минут, поместить фонендоскоп на стол для новорожденного;





- снять перчатки;
- снять халат;
- сбросить халат и перчатки в отходы класса «А».

2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДАХ РОДОВ

2.1. Обработка наружных половых органов роженицы

С появлением потуг перед переводом роженицы на родильный стол акушерке необходимо провести обработку наружных половых органов для удаления биологических загрязнений:

Набор для обработки наружных половых органов:

- *зажим;*
- *2-3 марлевых шарика*



- обработать руки спиртсодержащим антисептиком (GPP);
- надеть чистые перчатки;

- обработать наружные половые органы и промежность роженицы, стерильными марлевыми шариками на зажиме, смоченными 3 % раствором перекиси водорода.

Перед рождением ребёнка акушерке, принимающей роды:

- обработать руки спиртсодержащим антисептиком (GPP);
- открыть стерильный стол (А);
- провести хирургическую обработку рук;
- надеть стерильный халат и перчатки;
- взять простыню хирургическую влагонепроницаемую 140x80см, накрыть ею родильный стол;
- с помощью помощника - переодеть роженицу в простерилизованную рубашку, уложить женщину на родильный стол, надеть на нее бахилы и шапочку;
- достать из комплекта стерильную впитывающую многослойную салфетку 60x60см и накрыть ею лоток;
- повторно провести обработку наружных половых органов и промежности стерильными марлевыми шариками на зажиме, смоченными спиртсодержащим антисептиком или антисептиком-спреем, разрешенным к применению.

В процессе родов при необходимости может проводиться повторная обработка наружных половых органов антисептиком. Допускается использование 3% раствора перекиси водорода в мелкой, индивидуальной расфасовке для удаления физиологических и биологических загрязнений.

2.2. Эпизио- и перинеотомия

Набор на эпизио- перинеотомию:

- *зажим;*
- *ножницы прямые, тупоконечные;*
- *2-3 марлевых шарика*



При необходимости провести эпизио- или перинеотомию:

- открыть с помощью помощника набор для эпизиотомии;
- открыть с помощью помощника дополнительный набор для обработки наружных половых органов;
- обработать наружные половые органы и промежность марлевым шариком на зажиме, смоченным спиртосодержащим антисептиком (или спиртосодержащим антисептиком-спреем), обращая особое внимание на область предполагаемой эпизиотомной раны;
- произвести эпизиотомию.

2.3. Первичная обработка новорожденного в родильном зале

Состав укладки для первичной обработки новорожденного:

- *2 зажима Кохера;*
- *ножницы;*
- *зажим для протирания пуповины;*
- *2-3 марлевых шарика.*



Акушерке:

- принять родившегося ребенка на руку;
- обтереть ребёнка сухой подогретой стерильной пелёнкой, держа его на своей руке (подогретую пеленку подает помощник – неонатолог, акушер-гинеколог, детская сестра, при их отсутствии акушерка перед рождением ребенка может положить подогретые пеленки на живот матери);
- сбросить мокрую пеленку в разовый мешок для сбора белья, предварительно закрепленный на специальной стойке;
- выложить ребенка на живот матери, обеспечивая непрерывный кожный и зрительный контакт на срок от 40 минут до 2-х часов (если позволяет состояние матери и ребенка);
- накрыть новорожденного ребенка сухой подогретой стерильной пелёнкой (при необходимости проводится повторное обсушивание кожи новорожденного);
- надеть на ребенка подогретые шапочку и носочки (может надеть помощник - детская сестра, врач-неонатолог, акушер-гинеколог);
- накрыть ребенка подогретым стерильным хлопчатобумажным одеялом (А);
- через 1-3 минуты (при стабильном состоянии ребенка) после рождения наложить на пуповину два зажима Кохера на расстоянии 5-10 см друг от друга, третий зажим накладывается как можно ближе к промежности;
- участок пуповины между первым и вторым зажимами протереть сухим стерильным марлевым шариком на зажиме и пересечь ножницами;

Разделение матери и ребенка даже на очень короткое время после рождения мешает формированию тесной связи между ними, увеличивает риск гипотермии, оказывает влияние на отношение матери к уходу за ребенком и грудному вскармливанию (А). Если мать по объективным причинам не может предоставить ребенку кожный контакт и близость (экстренные акушерские состояния: кровотечение, ручное обследование полости матки и т.п.), то тогда ее может заменить отец ребенка или кто-то из близких, присутствующих на родах.

- при необходимости забора крови - расслабить зажим на материнском конце пуповины и набрать необходимое количество крови, опустив конец пуповины в пробирку (пробирку удерживает помощник – санитарка или вторая акушерка), зажать зажим.

2.4. Активное ведение III периода родов

- переложить зажим как можно ближе к наружным половым органам женщины (по технологии активного ведения III периода родов);
- держать пережатую пуповину и концы зажима одной рукой;
- положить другую руку на дно матки;
- во время очередной схватки медленно потянуть плаценту для завершения родов;
- после окончания третьего периода родов снять перчатки, халат, сбросить в отходы класса «Б»;

Для отделения плаценты и выделения последа обработать руки спиртосодержащим антисептиком и надеть стерильные перчатки. Для сбора крови и оценки объема кровопотери использовать чистые градуированные медицинские почкообразные лотки.

2.5. Катетеризация мочевого пузыря

Рутинная катетеризация мочевого пузыря не проводится!

При необходимости вывести мочу **акушерке** следует:

- обработать руки спиртосодержащим антисептиком (GPP);
- открыть укладку с набором для обработки наружных половых органов и катетеризации мочевого пузыря;
- надеть стерильные перчатки (А);
- провести обработку наружных половых органов и уретры;
- ввести катетер на стерильном (А) зажиме и вывести мочу;
- катетер сбросить в емкость для отходов класса «Б»;
- снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».

2.6. Осмотр родовых путей

Все использованные в родах инструменты сбрасываются в контейнер для дезинфекции, а материалы – в контейнер «отходы класса Б»!

Перед осмотром родовых путей **врачу акушеру-гинекологу** необходимо:

- снять медицинский халат;
- надеть колпак, маску.

В родильном зале:

- надеть стерильный халат (А);
- надеть стерильные перчатки (А, GPP).

Акушерке необходимо:

- обработать руки спиртсодержащим антисептиком (GPP);
- надеть стерильные перчатки;
- достать из упаковки (с помощью помощника) набор для обработки наружных половых органов;
- стерильным шариком на зажиме провести обработку кожных покровов наружных половых органов 3% раствором перекиси водорода;
- накрыть лоток в рабочей зоне у ног родильницы пеленкой хирургической влагонепроницаемой (70x80 см);

Врачу акушеру-гинекологу:

- провести хирургическую обработку рук (А);
- достать из упаковки набор на осмотр шейки матки и выложить его на стерильный манипуляционный стол №2 (А);
- произвести осмотр родовых путей, шейки матки.

Набор на осмотр шейки матки

- 2 зеркала по Симпсу;
- 2 окончатых зажима;
- 2-3 марлевых шарика



2.7. Ушивание травм родовых путей

Набор на ушивание травм родовых путей

- хирургические иглы;
- марлевые шарики;
- иглодержатель;
- пинцет;
- ножницы



При необходимости ушивания травм родовых путей врачу акушеру-гинекологу:

- достать из упаковки (с помощью акушерки) дополнительный набор для обработки наружных половых органов;
- обязательно провести обработку хирургического поля 3% перекисью водорода;

- достать и открыть с помощью помощника набор на ушивание травм родовых путей.

После ушивания:

- снять перчатки, халат;
- сбросить в отходы класса «Б».

2.8. Вторичная обработка новорождённого

Состав укладки для вторичной обработки новорождённого:

- ножницы;
- 2-3 марлевых шарика для обтирания культи пуповины;
- лента для измерения новорождённого



Вторичная обработка новорождённого проводится в родильном зале на столе с подогревом, не ранее, чем через 40-60 минут и не позже, чем через 2 часа после рождения. Кожа ребенка в родильном зале не обрабатывается, не обмывается, смазка не снимается. При необходимости достаточно протирания кожи теплой пеленкой.

Для вторичной обработки новорожденного необходимы:

- стол с подогревом;
- матрас, обшитый наглухо водонепроницаемой клеёнкой;
- стерильная укладка для вторичной обработки новорожденного;
- весы;
- спиртосодержащий антисептик для рук;
- манипуляционный стол.

На манипуляционном столе размещаются:

- упаковка с разовыми стерильными браслетками;
- упаковка с разовым стерильным пупочным зажимом;
- укладка для вторичной обработки новорожденного



Перед вторичной обработкой новорожденного:

- обработать руки спиртосодержащим антисептиком (GPP);
- развернуть укладку для вторичной обработки новорожденного;
- вскрыть упаковку со стерильными перчатками нужного размера;
- вскрыть упаковку со стерильным зажимом для пережатия пуповины;
- вскрыть упаковку с браслетками;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком;
- достать из упаковки и надеть стерильный халат;
- достать из упаковки и надеть стерильные перчатки;
- перенести новорожденного в пелёнке на стол с подогревом;
- взять стерильную сухую марлевую салфетку и отжать с её помощью пуповинный остаток от основания к периферии;
- достать из упаковки зажим;
- зафиксировать на расстоянии 1 см от кожного края пупочного кольца (детям, которым может потребоваться катетеризация сосудов пуповины - родившимся в тяжелом состоянии, недоношенным, при риске гемолитической болезни новорожденного, зажим накладывается на расстоянии 3-4 см от кожного края пупочного кольца);
- отсечь пуповину стерильными ножницами на расстоянии 1-1,5 см от верхнего края зажима;
- достать из укладки сухой стерильный марлевый шарик, протереть поверхность среза, на основании пуповины (А);
- взять стерильную сантиметровую ленту и измерить длину тела, окружности головы и груди новорожденного;

При антропометрии очень важно, чтобы ребенок не переохладился.

- положить на весы стерильную подогретую пеленку и взвесить новорожденного;
- снять перчатки и сбросить их в отходы класса «Б»;

- обработать руки спиртосодержащим антисептиком (GPP);
- надеть стерильные перчатки (А);
- заложить мазь из тюбика в индивидуальной упаковке за нижнее веко обоих глаз;

Профилактическое закладывание мази в глаза новорождённому (1% тетрациклиновой или 0,5% эритромициновой мази в индивидуальной упаковке) проводится не позднее конца 1-го часа после рождения (В), однократно (возможно проведение ребёнку, находящемуся в кожном контакте с матерью).

- взять браслетки и медальон, написать фамилию, имя, отчество, № истории родов, пол ребёнка, массу, длину тела, время и дату рождения;
- привязать браслетки к ручкам новорожденного;
- при необходимости сменить на сухие шапочку и носочки;
- измерить температуру тела ребёнка;

При нормальной температуре тела:

- одеть распашонку, ползунки или завернуть новорожденного в пеленку;
- продолжить пребывание ребёнка на груди матери, накрыв его пелёнкой и одеялом.

При гипотермии (температура менее 36,5°C):

- сменить пеленку, шапочку и носочки на теплые;
- принять дополнительные меры для согревания новорожденного (дополнительное укрывание одеялом вместе с матерью, обогревательная лампа над кроватью, где находятся мать и ребёнок и т.п.);
- проводить контроль температуры каждые 15 минут;
- внести данные измерения температуры тела новорожденного в карту развития новорожденного или специальную форму с указанием времени измерения;
- снять перчатки и сбросить в отходы класса «Б».

2.9. Врачебный осмотр новорожденного в родильном зале

Осмотр новорождённого в родильном зале проводится врачом-неонатологом в два этапа. **На первом этапе**, сразу же после рождения, оценивается необходимость проведения мероприятий первичной реанимации и переме-

щения ребенка на реанимационный столик (детский стол с подогревом). При отсутствии необходимости в проведении реанимационных мероприятий новорожденный выкладывается на грудь матери, проводится тепловая защита. В конце первой и пятой минут после рождения врач-неонатолог (в его отсутствие – акушер-гинеколог или акушерка) оценивает состояние новорожденного по шкале Апгар (для подсчета частоты сердечных сокращений используется фонендоскоп). **Второй этап (углубленный)** проводится врачом-неонатологом через 1-2 часа после рождения ребенка (в процессе или после вторичной обработки новорожденного).

Перед входом в родильный зал **врачу-неонатологу:**

- снять халат;
- надеть колпак, маску (используется маска однократного применения (В));
- провести гигиеническую обработку рук.

Для осмотра новорожденного врачу-неонатологу необходимы:

- *стерильные перчатки;*
- *фонендоскоп.*

В родильном зале:

- надеть стерильный халат;
- обработать руки спиртсодержащим антисептиком;
- надеть стерильные перчатки.

Транспортировка новорожденного в палату совместного пребывания осуществляется через 2 часа при отсутствии осложнений, как со стороны матери, так и новорожденного. Перевод родильницы и новорождённого в послеродовое отделение осуществляется совместно при сохранении контакта «кожа к коже».

3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЁННОГО

3.1. Подготовительный этап

Полная готовность к проведению реанимационных мероприятий необходима на каждом родах, так как прогнозировать необходимость реанимации новорожденного возможно лишь в 50% случаев.

Для оказания первичной реанимационной помощи в родильном зале должно быть следующее оборудование:

Оборудование для согревания ребенка

- *источник лучистого тепла (отдельный или в составе реанимационного стола);*

Оборудование для санации дыхательных путей

- *одноразовый стерильный баллончик или катетер;*
- *одноразовые стерильные катетеры для отсасывания 5 Fr (или 6 Fr), 8 Fr и 10 Fr (отечественные №№ 6, 8, 10);*
- *одноразовый стерильный мекониальный аспиратор или T-коннектор для аспирации мекония из трахеи;*
- *вакуум аспиратор (электро - или механический отсос);*
- *одноразовые стерильные желудочные зонды № № 5,6,8.*



Оборудование для интубации трахеи и проведения ИВЛ

- *источник кислорода;*
- *источник медицинского воздуха;*
- *ротаметр;*
- *смеситель воздушно-газовой смеси;*
- *увлажнитель;*
- *соединительные кислородные трубки;*
- *саморасправляющийся мешок с клапаном постоянного давления в конце выдоха и манометром*;*
- *стерильные лицевые маски трех размеров (лучше с мягким obturatorом)*;*
- *ларингоскоп* со стерильными прямыми клинками № 0, № 00 для недоношенных и №1 для доношенных (стерилизация ларингоскопа проводится в строгом соответствии с инструкцией производителя). **Предпочтительнее использовать одноразовые стерильные клинки;***
- *одноразовые стерильные эндотрахеальные трубки* размером 2,0; 2.5; 3.0; 3.5; 4.0;*

- *стерильный проводник (стиллет) для эндотрахеальной трубки**;
- *запасные лампочки и элементы питания для ларингоскопа**.

Медикаменты

- *адреналина гидрохлорид 0,1%**;
- *раствор натрия хлорида 0,9%**;
- *гидрокарбонат натрия 4%**;
- *стерильная вода для инъекций**.

Инструментарий для введения медикаментов

- *одноразовые стерильные шприцы объемом 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл, 50 мл;**
- *стерильные одноразовые иглы диаметром 25G, 21G, 18G или периферические катетеры диаметром 24 G, 26 G;**
- *одноразовые стерильные пупочные катетеры* (импортные - №№ 3.5-4Fr, 5-6Fr; отечественные - №№ 6, 8)*;*
- *спиртовые стерильные одноразовые салфетки в индивидуальной упаковке*.*

Другое оборудование

- *фонендоскоп;*
- *часы с секундной стрелкой или Ангар-таймер;*
- *стерильные перчатки;*
- *стерильные пленки;*
- *стерильный зажим типа «Москит» прямой*;*
- *стерильные ножницы*;*
- *стерильный скальпель;*
- *лейкопластырь* шириной 1.0-1.5 см.*

Дополнительно в оснащении родильного зала перинатальных центров и акушерских учреждений, имеющих в структуре отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных необходимы пульсоксиметр и капнограф, одноразовые датчики для пульсоксиметра.

Часть оборудования (обозначено *) может входить в состав неонатологического реанимационного набора и доставляться неонатологом перед родами в переносном контейнере.



Родильные залы учреждений, предназначенных для рождения детей с экстремально низкой массой тела дополнительно должны иметь следующее оборудование:

- *стерильный пластиковый пакет или специальная термосберегающая пленка – для экстремально недоношенных детей (А);*
- *аппарат для механической ИВЛ с опцией СРАР и кислородным смесителем;*
- *одноразовые стерильные контуры для проведения НСРАР (А);*
- *стерильные назальные канюли 3 размеров (S, M, L) (А);*
- *шапочки для крепления контура НСРАР;*
- *стерильная гидроколлоидная пленка для назальных канюль при проведении НСРАР (А).*

Оказание первичной реанимационной помощи новорожденному должно проводиться не менее, чем тремя медицинскими работниками (неонатолог, второй неонатолог, акушерка, детская сестра, акушер-гинеколог, реаниматолог).

Перед входом в родильный зал они должны:

- снять халат;
- провести хирургическую обработку рук (А).

В родильном зале:

- надеть стерильный одноразовый халат (А);
- надеть стерильные перчатки (А, GPP).

При выявлении у ребенка показаний к проведению мероприятий первичной реанимационной помощи акушерке после обсушивания кожных покровов и пересечения пуповины:

- в сухой пеленке перенести ребенка на реанимационный столик (детский стол с подогревом);
- провести начальные реанимационные мероприятия.

Начальные реанимационные мероприятия занимают 20-30 секунд и включают в себя:

- поддержание нормальной температуры тела новорожденного;
- придание положения на спине, головой к врачу;
- восстановление проходимости дыхательных путей;
- тактильную стимуляцию.

3.2. Восстановление проходимости дыхательных путей - санация ротоглотки

Санация ротоглотки показана только тем новорожденным, у которых в течение первых 10 секунд жизни не появилось адекватное самостоятельное дыхание или при наличии большого количества отделяемого. Во всех остальных случаях рутинная санация не является обязательной процедурой (В).

Акушерке или детской сестре:

- уложить новорожденного на реанимационный стол, головой к врачу;
- снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б»;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком (GPP);
- вскрыть упаковку со стерильным катетером (баллончиком);
- подсоединить проксимальный конец катетера к аспиратору;
- подать, держась за проксимальный конец неонатологу;
- надеть новорожденному шапочку и носочки, прикрыть пеленкой, оставив открытой грудную клетку для визуализации.

Неонатологу:

- санировать содержимое ротовой полости;
- санировать носовые ходы (при необходимости);
- оценить дыхание ребенка после санации ротоглотки;
- отсоединить катетер, сбросить в отходы класса «Б»;

Если реанимационные мероприятия завершены:

- снять перчатки;
- сбросить в отходы класса «Б»;
- обработать руки спиртсодержащим антисептиком.

3.3. Искусственная вентиляция легких

При отсутствии или неэффективности дыхания начальный этап ИВЛ маской проводится в течение 30 секунд.

Неонатологу:

- вскрыть упаковку со стерильной маской (с помощью помощника);
- присоединить стерильную лицевую неонатальную маску необходимого размера к саморасправляющемуся мешку (целесообразно присоединить маску к мешку заранее, при подготовке к реанимации);
- приложить лицевую неонатальную маску к лицу ребенка, соблюдая герметичность прилегания маски;
- оценить ЧСС с помощью фонендоскопа через 30 секунд после начала ИВЛ.

Если масочная ИВЛ затягивается более чем на 3-5 минут, следует установить желудочный зонд.

При восстановлении дыхания и завершении реанимационных мероприятий:

- снять перчатки;
- сбросить в отходы класса «Б»;
- обработать руки спиртсодержащим антисептиком.

3.4. Постановка желудочного зонда

Акушерке или детской сестре:

- вскрыть упаковку с желудочным зондом, отогнув наружную часть упаковки;
- вскрыть упаковку со стерильным шприцем (10 или 20мл).

Неонатологу:

- достать зонд и, не касаясь окружающих предметов, поверхностей и новорожденного, измерить зонд от мочки уха через кончик носа до края мечевидного отростка грудины у ребёнка;
- ввести зонд диаметром, соответствующим 4-5 Fr, на глубину, равную расстоянию от угла рта до козелка уха и далее до нижнего края мечевидного отростка грудины;
- продолжить ИВЛ.

Далее выполнять **помощнику неонатолога** (детская сестра, акушерка, врач акушер-гинеколог):

- подсоединить шприц к желудочному зонду;
- оттянуть поршнем шприца желудочное содержимое и удостовериться, что зонд находится в желудке;
- провести аспирацию содержимого желудка;
- зафиксировать зонд лейкопластырем к верхней губе или щеке;
- сбросить шприц в отходы класса «Б».

3.5. Интубация трахеи.

Интубация трахеи проводится врачом при строгом соблюдении правил асептики. Интубация трахеи осуществляется в стерильном халате, стерильных перчатках, колпаке, маске. Во время выполнения манипуляции и подготовки к ней исключается соприкосновение с перчатками тех участков катетера, которые непосредственно будут введены в дыхательные пути.

Медицинской сестре или акушерке:

- обработать руки спиртосодержащим антисептиком (GPP);
- достать упаковку со стерильным санационным катетером и вскрыть её;
- подсоединить проксимальный конец катетера к аспиратору;
- достать укладку с ларингоскопом и вскрыть её;
- достать упаковки с эндотрахеальной трубкой и стерильным проводником и вскрыть их;

- достать упаковки со стерильными перчатками и вскрыть их;
- поставить на стол флакон со спиртсодержащим антисептиком;
- вскрыть упаковки с полосками лейкопластыря для закрепления трубки;
- включить подачу кислорода;
- подать кислород свободным потоком, через стерильную лицевую маску;
- обработать руки спиртсодержащим антисептиком;
- надеть стерильные перчатки;
- достать из упаковки проводник и вставить его в эндотрахеальную трубку, подать неонатологу;
- санировать аспират из ротоглотки для улучшения визуализации во время интубации;

Врачу неонатологу:

- достать ларингоскоп и включить освещение клинка;
- взять левой рукой ларингоскоп, правой фиксируя голову новорожденного;
- достать интубационную трубку из упаковки, держась за коннектор;
- провести интубацию трахеи.

Акушерке или другому помощнику:

- присоединить эндотрахеальную трубку к реанимационному дыхательному устройству (мешок Амбу или др.);
- оценить ЧСС с помощью фонендоскопа;

Неонатологу после завершения интубации:

- вынуть клинок ларингоскопа, прижимая эндотрахеальную трубку к небу;
- зафиксировать трубку лейкопластырем к верхней губе или щеке (с помощью помощника);
- продолжить вентиляцию.

3.6. Санация дыхательных путей при наличии мекония в околоплодных водах

Санация носо- и ротоглотки плода до рождения плечиков при мекониальных водах с профилактической целью в настоящее время не рекомендована для

рутинного применения. Санация носо- и ротоглотки ребенка должна быть проведена после перемещения ребенка на стол для новорожденного. Если у ребенка сразу после рождения отмечается хороший мышечный тонус, активное самостоятельное дыхание или громкий крик, то санация трахеи не показана, несмотря на то, что околоплодные воды содержат меконий.

Если околоплодные воды содержат меконий, и у ребенка отмечается сниженный мышечный тонус, неэффективное или ослабленное самостоятельное дыхание, сразу после рождения необходимо провести интубацию трахеи с последующей санацией через эндотрахеальную трубку. Следует обратить особое внимание на то, что санация проводится путем подключения шланга аспиратора через Т-образный коннектор или мекониальный аспиратор непосредственно к эндотрахеальной трубке. Санация проводится совместно врачом-неонатологом и медицинской сестрой или акушеркой.

Медицинской сестре или акушерке:

- включить отсос;
- обработать руки спиртсодержащим антисептиком;
- приготовить упаковки со стерильными перчатками, одноразовыми санационными катетерами нужного размера, интубационными трубками нужного размера, Т-образным коннектором или мекониальным аспиратором, дозатор со спиртсодержащим антисептиком;
- вскрыть упаковки, отогнув наружную часть упаковки, не касаясь стерильного, открыть раствор (проводится до начала родовой деятельности, при подготовке стола для новорожденного);
- соединить проксимальный конец санационного катетера со шлангом электроотсоса;
- помочь достать катетер, придерживая за упаковку.

Врачу:

- санировать содержимое ротовой полости;
- санировать носовые ходы (при необходимости);

Катетер для санации во время работы никуда не кладётся, не перекладывается из руки в руку, необходимо максимально ограничить соприкосновение его дистального конца с перчатками.

Медицинской сестре:

- подать кислород ребенку через анестезиологическую маску или свободным потоком через воронку, наблюдать за ЧСС;
- сменить катетер для санации, оставив его в упаковке.

Врачу:

- вставить ларингоскоп;
- санировать ротовую полость и ротоглотку дренажным катетером 12F или 14F (может проводиться помощником);
- ввести в трахею эндотрахеальную трубку;
- подсоединить эндотрахеальную трубку к отсосу через Т-образный коннектор или мекониальный аспиратор;
- провести санацию, придерживая эндотрахеальную трубку одной рукой;
- закрыть порт Т-образного коннектора или мекониального аспиратора для начала отсасывания;
- отсасывать только в течение 3 - 5 секунд по мере выведения эндотрахеальной трубки;



- постепенно извлечь эндотрахеальную трубку;
- сбросить эндотрахеальную трубку в контейнер для отходов класса «Б».

Санация производится до полной аспирации содержимого трахеи. Если эндотрахеальная трубка заблокирована меконием, следует удалить эту трубку, по-

вторно интубировать трахею ребенка новой эндотрахеальной трубкой и продолжить санацию. Использование с этой целью аспирационных катетеров, диаметр которых всегда меньше, чем диаметр эндотрахеальной трубки, не допускается. Если на фоне санации отмечается нарастание брадикардии менее 80 уд/мин, санацию следует прекратить и начать ИВЛ до повышения ЧСС более 100 уд/мин.

Медицинской сестре:

- отсоединить санационный катетер, сбросить в контейнер для отходов класса «Б»;
- снять перчатки, сбросить в контейнер для отходов класса «Б»;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком.

3.7. Непрямой массаж сердца

При показаниях к непрямому массажу сердца данная процедура проводится помощником (неонатолог, акушерка, детская сестра, акушер-гинеколог, или реаниматолог). Непрямой массаж сердца проводится в стерильном халате и стерильных перчатках.

3.8. Введение катетера в пупочную вену

Введение катетера в пупочную вену проводится совместно вторым врачом - неонатологом или реаниматологом и медицинской сестрой при строгом соблюдении правил асептики.

Перед входом в родильный зал:

- снять халат;
- надеть колпак и маску;
- провести хирургическую обработку рук;
- в родильном зале:
- надеть стерильный одноразовый халат;

Так как во время проведения манипуляции высок риск разбрызгивания крови, необходимо использовать защитные очки. Медицинская сестра работает на манипуляционном столе.

Набор для катетеризации:

- *стерильный катетер диаметром 3.5Fr or 5Fr или №4,5,6,8 (отечественные);*
- *стерильный зажим-игла «москит» или пинцет;*
- *стерильный скальпель;*
- *стерильные ножницы;*
- *стерильные марлевые салфетки или пеленки (для ограничения операционного поля);*
- *упаковка с разовым шовным стерильным материалом;*
- *стерильная упаковка с лотком, пинцетом и марлевыми шариками.*



Медицинской сестре:

- достать вышеперечисленные упаковки и вскрыть их;
- поставить на стол флакон со спиртосодержащим антисептиком;
- надеть чистые перчатки;
- зафиксировать нижние конечности;
- взять спиртосодержащий антисептик-спрей;
- обработать околопупочную область раствором спиртосодержащего антисептика;

Врачу:

- обложить стерильными разовыми салфетками или пеленками живот, оставив открытым пупочное кольцо;

Медицинской сестре:

- повторно обработать околопупочную область (кожу и пуповинный остаток) раствором спиртосодержащего антисептика.

Врачу:

- обработать руки спиртсодержащим антисептиком;
- надеть стерильные перчатки;
- отрезать пуповинный остаток на расстоянии 1-2 см от поверхности кожи (только скальпелем!);
- зафиксировать пуповинный остаток зажимом вертикально;

Медицинской сестре:

- вскрыть упаковку со стерильным пупочным катетером;
- подать врачу;
- вскрыть ампулу или флакон с физиологическим раствором;
- вскрыть упаковку со шприцем;
- набрать в шприц необходимое количество физиологического раствора;
- помочь врачу подсоединить шприц к пупочному катетеру и заполнить его физиологическим раствором;

Врачу:

- ввести заполненный физиологическим раствором катетер с подсоединенным шприцем в вену на 2-3 см глубже пупочного кольца (до аранциевого протока) для кратковременной инфузии;
- проверить проходимость катетера шприцем;
- ввести необходимые лекарственные растворы (заполняет шприцы и подает врачу помощник).



После завершения реанимации:

- отсоединить шприц от катетера,
- сбросить в отходы класса «Б»;

- снять перчатки, сбросить в контейнер для дезинфекции;
- снять халат и сбросить в ёмкость для грязного белья;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком.

Медицинской сестре:

- снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б»;
- снять халат и сбросить в ёмкость для грязного белья;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком.

3.9. Окончание реанимационных мероприятий

В случае необходимости транспортировки ребенка на расстояние более 15-30 метров транспортировка должна осуществляться в транспортном кузове, при необходимости - на фоне продолжающейся ИВЛ и инфузии лекарственных препаратов.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА

По окончании родов **акушерке** необходимо:

- освободить содержимое шкафов с медикаментами;
- надеть клеёнчатый фартук, колпак, маску, чистые перчатки;
- развести дезинфицирующий раствор, концентрация раствора – по режиму для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов;
- взять стерильную ветошь или салфетку;
- протереть поверхности оборудования (аппарат КТГ, пульсоксиметры и пр.), использованного при оказании первичной помощи новорожденному двукратно с интервалом 15 минут (GPP);
- сбросить ветошь в мешок для сбора грязного белья;
- пропустить через шланги и катетер в банку отсоса дезинфицирующий раствор от 20 до 100 мл в зависимости от количества биологического материала (дезинфицирующий раствор и биологический материал - в соотношении 1:5). Концентрация раствора и время экспозиции – по режиму для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов;
- содержимое банки после экспозиции вылить в канализацию;

- сбросить оставшийся инструмент в лоток;
- транспортировать инструмент для дезинфекции;

Весь многоразовый инструментарий по мере освобождения в процессе родов собирается в контейнер или лоток, расположенный на тележке. После родов транспортируется на тележке в комнату обработки инструмента.

Следует стремиться к замене ручной обработки инструментов на автоматизированную (оснащение моечной комнаты моечно-дезинфекционной машиной). При автоматизированной дезинфекции:

- поместить инструмент на лотке в моечно-дезинфекционную машину;
- поместить на лоток мешок Амбу;
- поместить на лоток клинок ларингоскопа или ларингоскоп (при использовании фиброоптического ларингоскопа);
- поместить на лоток банку и шланги электроотсоса.

При ручной дезинфекции инструментов:

- дезинфицировать все использованные инструменты методом двухэтапной дезинфекции;
 - *1 этап дезинфекции:* инструменты в лотке погрузить в дезинфицирующий раствор в первую ёмкость, концентрация дезинфицирующего раствора должна соответствовать режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов.
 - *2 этап дезинфекции:* инструменты на решетке из первой ёмкости перенести во вторую ёмкость с дезинфицирующим раствором. Концентрация дезинфицирующего раствора должна соответствовать режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов. Погрузить инструменты полностью в раствор. Закрыть ёмкость с дезинфицирующим раствором крышкой и выдержать экспозицию. Раствор в первой и второй ёмкостях идентичен.
- дезинфицировать ларингоскоп в соответствии с инструкцией производителя.

Предпочтительней использовать фиброоптические ларингоскопы с одноразовыми клинками или многократными клинками, не имеющими внешних световых путей, отверстий и расщелин, сложных для очистки и подлежащих паровой стерилизации при 134 °С/5 мин.

При ручной дезинфекции электроотсоса:

- детали отсоса погрузить в дезинфицирующий раствор, при полном погружении и заполнении всех полостей;

Соотношение дезинфицирующего раствора и обрабатываемого изделия 1:3, толщина слоя раствора над изделием должна быть не менее 1 см.

- ветошью, смоченной дезинфицирующим средством протереть фартук двукратно с интервалом 15 минут;
- сбросить ветошь в мешок для стирки;
- снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б»;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком;
- снять колпак и маску, сбросить в отходы класса «А».

По окончании экспозиции, в инструментальной или комнате обработки аппаратуры:

- надеть колпак, маску, клеёнчатый фартук, чистые перчатки (В);
- ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе протереть банку и крышку, а через шланги несколько раз пропустить дезинфицирующий раствор;
- все детали промыть под проточной водой до исчезновения запаха раствора;
- ветошью, смоченной дезинфицирующим средством протереть фартук двукратно с интервалом 15 минут;
- снять перчатки, обработать руки антисептиком (GPP);
- снять колпак и маску сбросить в отходы класса «А»;
- просушить детали электроотсоса на стерильной пелёнке до полного исчезновения влаги;
- отправить для дальнейшей стерилизации в ЦСО.

Санитарке:

- надеть фартук, колпак, маску и чистые перчатки;
- освободить содержимое тумбочек в родильном зале;
- надеть чистые перчатки;
- собрать многоразовое бельё (постельные принадлежности) в мешок;
- поместить бельё в мешке на тележку;
- поместить мешок с отходами класса «А» на тележку;
- сбросить использованный одноразовый материал в предварительно перфорированный пластиковый мешок для отходов класса «Б»;
- погрузить мешок с отходами класса «Б» в пластиковый контейнер или ёмкость «для дезинфекции отходов класса «Б» с крышкой;
- поместить контейнер с отходами класса «Б» на тележку;
- транспортировать бельё в комнату сбора и хранения грязного белья;
- поместить в два мешка для отправки в прачечную, хранить в отделении не более 12 часов;
- транспортировать отходы класса «А» и «Б» в комнату обработки и хранения отходов;
- залить отходы класса «Б» дезинфицирующим средством (концентрация дезинфицирующего раствора должна соответствовать режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов);
- снять перчатки;
- обработать руки антисептиком;
- вызвать дезинфектора для проведения заключительной дезинфекции родильного зала.

После экспозиции санитарке:

- надеть фартук, колпак, маску;
- надеть чистые перчатки;
- приподнять над емкостью перфорированный мешок с отходами класса «Б»;

- удерживать в течение 2-3-минут, пока дезинфицирующий раствор стекает в емкость (без участия персонала);
- поместить перфорированный мешок с дезинфицированными отходами в другой (целый) мешок «Отходы класса Б»;
- промаркировать и утилизировать на тележке для вывоза отходов в мусорный контейнер;
- слить в канализацию отработанный раствор дезинфицирующего средства;
- дезинфицировать контейнер, способом орошения;
- почистить контейнер марлевым тампоном с чистящим средством;
- ополоснуть под проточной водой и высушить;
- ветошью, смоченной дезинфицирующим средством протереть фартук двукратно с интервалом 15 минут;
- снять перчатки;
- сбросить в отходы класса «Б»;
- снять фартук;
- обработать руки антисептиком;
- снять колпак и маску;
- сбросить в отходы класса «А».

Подготовка родильного зала к дезинфекции:

- отключить приточно-вытяжную вентиляцию;
- плотно закрыть окна и двери;
- отодвинуть от стен мебель и оборудование для уборки стен и пола за ними;

Предпочтительней использовать аэрозольный способ дезинфекции, при котором создаётся мелкодисперсное облако, что позволяет более эффективно проводить дезинфекцию, так как легкий аэрозоль, оседая, дольше находится в воздухе, достигая поверхностей, глубже проникает в мелкие зазоры и щели, быстро высыхает тем самым, меньше повреждая обрабатываемые поверхности.

При проведении аэрозольной дезинфекции:

- провести мытье стен и пола, используя чистую ветошь (моп) дезинфицирующим средством (концентрация дезинфицирующего раствора должна соответствовать режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов);
- смыть дезинфицирующий раствор водопроводной водой;
- сбросить ветошь в мешок для сбора грязного белья;
- ветошью, смоченной дезинфицирующим средством протереть фартук двукратно с интервалом 15 минут;
- снять перчатки;
- сбросить в отходы класса «Б»;
- снять фартук;
- обработать руки антисептиком;
- снять колпак и маску;
- сбросить в отходы класса «А».

Дезинфектору при использовании аэрозольного способа:

- определить число точек введения аэрозоля, в зависимости от размеров помещения и производительности генератора;

Если объем помещения не превышает 200 м³, то аэрозольная установка устанавливается в центре его для равномерной дезинфекции всех поверхностей (стен, потолка, пола, оборудования, предметов, находящихся внутри помещения). Если помещение представляет собой вытянутый прямоугольник и его объем 200-700 м³, то целесообразно разделить его пополам и произвести дезинфекцию обеих половин, перемещая установку в процессе обработки в ту из частей помещения, где она не производилась. При этом количество раствора на дезинфекцию остается неизменным. Если объем помещения превышает 700 м³, то рационально производить обработку двумя установками с обеих сторон.

- установить аэрозольный генератор на ровной поверхности в центре помещения;
- задать нужный режим;
- включить;
- выйти из помещения, плотно прикрыв дверь.

После экспозиции санитарке:

- включить бактерицидную лампу, выдержать экспозицию;
- по окончании ультрафиолетового облучения проветрить помещение до исчезновения запаха дезинфицирующего средства;
- сделать отметку в Журнале учета проведения генеральных уборок, Журнале регистрации и контроля ультрафиолетовой бактерицидной установки.

При использовании распылителя типа «Квазар».

Обработку объектов способом орошения проводят с помощью специального оборудования (автомакса или других аппаратов),

Дезинфектору:

- надеть колпак, защитные очки, маску, чистые перчатки;
- развести дезинфицирующий раствор (концентрация дезинфицирующего раствора должна соответствовать режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов). Норма расхода средства при орошении: 300 мл/м² (гидропульт, автомакс) или 150 мл/м² (распылитель типа «Квазар»);
- оросить поверхности, двигаясь сверху вниз, слева направо, добиваясь равномерного и обильного смачивания, обращая особое внимание на раковины и санитарно-техническое оборудование;
- слить остатки дезинфицирующего средства в канализацию;
- снять колпак, маску, перчатки;
- сбросить в отходы класса «А»;
- обработать руки спиртосодержащим антисептиком;
- зарегистрировать в Журнале учета проведения заключительных дезинфекций;

Санитарке:

- надеть чистый халат, колпак, маску, перчатки;
- удалить избыток дезинфицирующего раствора сухой чистой ветошью;
- отмыть все поверхности водопроводной водой;
- протереть отмытые поверхности стерильной ветошью;

- почистить санитарно-техническое оборудование, ветошью, промыть водой;

Для дезинфекции санитарно-технического оборудования предпочтительнее использование парогенератора.

- включить бактерицидную лампу, выдержать экспозицию;
- проветрить помещение до исчезновения запаха дезинфицирующего средства;
- обработать уборочный инвентарь в дезинфицирующем растворе, промыть в специальном помещении;
- отправить в прачечную;
- снять спецодежду, отправить в прачечную;
- сделать отметку в Журнале учета проведения генеральных уборок, Журнале регистрации и контроля ультрафиолетовой бактерицидной установки.