**Лекция № 12**

**Тема:** «Профилактика ИСМП в стационарах акушерского профиля, перинатальных центрах».

**План лекции:**

1. Нормативная документация.
2. Термины и определения.
3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям стационаров акушерского профиля, перинатальных центров и стационаров для лечения детей.
4. Дезинфекция помещений акушерского стационара.
5. Сроки выписки из акушерского стационара.
6. О порядке посещения беременных и родильниц родственниками, о присутствие мужа (близких родственников) при родах.
7. Организация работы с ВИЧ – инфицированными пациентками.
8. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в родовом блоке.
9. Организация работы послеродового физиологического отделения с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.
10. Организация работы обсервационного отделения.
11. Организация работы отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.
12. Инфекционная безопасность в палатах новорожденных.
13. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.
14. Дезинфекция кувезов.

**Нормативная документация**.

* СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг". Раздел IV Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений при осуществлении деятельности хозяйствующими субъектами, оказывающими медицинские услуги.
* СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".

**Термины и определения.**

***Перинатальный центр*** —этоЛПУ, оказывающее квалифицированную высокотехнологичную и дорогостоящую стационарную помощь в области акушерства, гинекологии, неонатологии и хирургии новорожденных, а также осуществляющее консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

***Родильный дом*** —это медицинское учреждение, обеспечивающее квалифицированную медицинскую помощь женщинам во время беременности, непосредственно в ходе родов и в послеродовой период, а также медицинскую помощь новорождённым. Родильный дом может быть самостоятельным медицинским учреждением. В этом случае он располагается в отдельно стоящем здании.

***Акушерский******стационар*** — это сложное по структуре лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной акушерской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным (родильные дома на 100 – 250 коек); является подразделением крупной многопрофильной больницы и расположен непосредственно на ее территории. В этом случае доктора родильного отделения тесно сотрудничают с коллегами из других отделений больницы. Специалисты – урологи, кардиологи, гематологи, окулисты, хирурги – при необходимости консультируют беременных и уже родивших женщин акушерского отделения, помогая врачам роддома в диагностике и лечении осложнений беременности и родов.

***Первый этап******выхаживания*** — это уход и присмотр медперсоналом в роддоме. В крупных перинатальных центрах есть специальная реанимация для таких новорождённых. На этом этапе важно, чтобы малыш не переохладился, поэтому врачи прикасаются к нему только тёплыми руками, заворачивают в подогретые пелёнки, и даже пеленальный столик предварительно подогревается.

***Второй этап******выхаживания*** — это выхаживание малыша в отделении патологии больницы. В современных отделениях мамы могут находиться вместе с детьми. Ребёнка каждый день взвешивают, измеряют рост и окружность головы. Как только новорождённый достигает в весе заветных двух килограммов, его выписывают домой. Если же есть какие-то отклонения в здоровье, малыша оставляют в отделении патологии до полного выздоровления.

**Требования к зданиям, сооружениям и помещениям стационаров акушерского профиля, перинатальных центров** **и стационаров для лечения детей.**

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях акушерских стационаров, перинатальных центров и стационаров для лечения детей должны предусматриваться специальные помещения отдельные от пищеблоков, буфетных и столовых, для сцеживания грудного молока, помещения для сбора и хранения материнского грудного молока, а также помещения для приготовления детских смесей.

Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и (или) раздельным пребыванием матери и ребенка. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских. В послеродовых палатах раздельного пребывания количество коек для родильниц должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами и коридором отделения.

В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка предусматриваются палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детская палата для здоровых новорожденных.

В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляют через блок помещений обсервационного приема с отдельным входом.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых, обсервационное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания обсервационного отделения.

При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

При поступлении роженицы проводят медицинский осмотр и санитарную обработку. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы проводят при необходимости. Душ назначают всем пациентам, выдают индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать личную чистую одежду и обувь.

Отделения второго этапа выхаживания предусматривают в составе перинатальных центров и детских стационаров, при наличии приемно-смотровых боксов и соблюдения принципов изоляции.

Планировка отделений второго этапа выхаживания (в том числе хирургической коррекции врожденных патологий, неврологической коррекции новорожденных) возможна по двум вариантам:

* совместное круглосуточное пребывание матери и ребенка (не менее 30% мест);
* дневное пребывание матери в палатах новорожденных.

При использовании второго варианта для приходящих родителей следует предусмотреть фильтр при входе в секцию и помещение для отдыха и приема пищи, санитарный узел.

В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным, роженицам и родильницам.

**Дезинфекция помещений акушерского стационара.**

Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней).

Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые, туалеты. Санитарная одежда меняется ежедневно.

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

**Сроки выписки из акушерского стационара.**

Сроки выписки из акушерского стационара определяют состоянием здоровья матери и ребенка. В эпидемиологическом отношении возможна ранняя выписка на 3 или 4 день после родов, в том числе до отпадения пуповины у новорожденного.

После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.

Акушерский стационар обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

**О порядке посещения беременных и родильниц родственниками, о присутствие мужа (близких родственников) при родах.**

Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливает администрацией акушерского стационара (отделения).

Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви. Порядок обследования таких лиц соответствуют порядку обследования лиц, планово поступающих в стационар.

**Организация работы с ВИЧ – инфицированными пациентками.**

Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных проводят по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В.

При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

* соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);
* соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;
* свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;
* убедиться в целостности укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;
* выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;
* при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику.

Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом осуществляют в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производят в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную обсервационного отделения.

При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводят обработку влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивают проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео-, эпизиотомия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производят только по жизненным показаниям.

**Профилактические и противоэпидемические мероприятия в родовом блоке.**

В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка, а также во всех вновь строящихся акушерских стационарах предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка, не имеющих индивидуальных родовых залов, соблюдают цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Допускается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, используемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

Новорожденного принимают в стерильную пеленку.

Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит обработку рук спиртовым кожным антисептиком. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

***Первичный туалет новорожденного.***

Первичный туалет новорожденного проводят 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. Ребенка на животе у матери укрывают стерильной (хлопчатобумажной) сухой теплой пеленкой и одеялом.

Обработку кожных покровов новорожденного проводят только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают тёплой водопроводной водой.

Профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводят с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида. Для отсасывания слизи у новорожденного используют стерильные баллоны и катетеры одноразового применения.

**Организация работы послеродового физиологического отделения с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.**

Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении. Для совместного пребывания матери и ребенка оборудуют одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение 24 часов.

Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 календарных дней.

Постельное белье меняют каждые 3 календарных дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

**Организация работы обсервационного отделения.**

В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствие с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

Показания к приему беременных и рожениц в обсервационное отделение:

* лихорадочное состояние (температура тела 37,6°С и выше без клинически выраженных других симптомов);
* инфекционная патология, в том числе: острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и другие);
* острые респираторные заболевания (грипп, ангина и другие);
* ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
* туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;
* прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;
* внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
* отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
* роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

Показания к переводу в обсервационное отделение беременных, рожениц и родильниц из других отделений акушерского стационара.

* повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38°С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
* лихорадка неясного генеза (температура тела выше 37,6°С), продолжающаяся более 24 часов;
* проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляют в условиях гинекологического стационара (отделения).

Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

* новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;
* новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
* дети, родившиеся вне родильного дома.

Новорожденных с ИСМП и ВУИ переводят в детский стационар или перинатальный центр.

В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа в отделение должны быть одноразовые халаты, емкости с бахилами.

**Организация работы отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.**

Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра должны иметь самостоятельный набор помещений, изолированный от родовспомогательных и других отделений.

В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров.

Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

В случае, если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривают наличие помещений приема.

Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук. После осмотра ребенка в кувезе персонал проводит обработку рук антисептиком перед закрытием кувеза. Преимущественно применяется педальное управление кувезом.

Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривают пеленальный стол, оборудованный матрасом с подогревом и лампой лучистого тепла.

Термометрию проводят электронным термометром. Для осмотра зева используют одноразовый шпатель.

При отделениях предусматривают помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещено приводить несовершеннолетних детей.

Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно-патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации.

ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

**Инфекционная безопасность в палатах новорожденных.**

Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 календарных дней.

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

Все медицинские изделия многоразового использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и иные), подлежат дезинфекции и стерилизации.

При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках для каждого новорожденного. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного. В отделениях для новорожденных используют одноразовые клизмы.

Для новорожденных используют лекарственные формы в мелкой расфасовке и (или) однократного применения.

При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) применяется одноразовый инструмент.

Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.

Лечение детей с признаками инфекции (в том числе внутриутробной) в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденных с подозрением на инфекционное заболевание переводят в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

***Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляют в отдельных помещениях.***

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

В акушерских стационарах предусматривают молочную комнату для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей, состоящую не менее чем из трех помещений:

* для сбора и подготовки посуды,
* для стерилизации посуды
* для приготовления смесей.

***Организация работы помещения для сбора и подготовки посуды.***

Сбор и дезинфекция использованной посуды, бутылочек должны проводиться в специально выделенном помещении. Помещения должны быть оборудованы раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для мытья рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие, но не кистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла. При входе в эти помещения персонал должен использовать специально выделенную спецодежду. Доступ посторонних лиц в эти помещения запрещается.

Емкости для сбора грудного молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают. Сетки для молочной посуды обеззараживают методом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, разрешенного к применению для обеззараживания столовой посуды.

***Сбор, хранение и использование сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей.***

Данный процесс должен соответствовать инструкции, утвержденной руководителем медицинской организации.

Инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации продукта и максимальное сохранение пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют соответствующим образом оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока. Для сцеживания грудного молока матерям выдают стерильную посуду.

Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, имеющей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме.

Закрытые емкости с грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре (4±2)°С не более 24 часов от момента сцеживания. Емкости с грудным молоком маркируются с указанием данных женщины, даты и временем сбора молока. Допускается хранение сцеженного молока при комнатной температуре (но не выше 25°С в темном месте не более 2 часов) для использования при следующем кормлении ребенка, оставшееся при этом молоко охлаждению и хранению не подлежит.

Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, под контролем медицинского работника допускается дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными до (4±2)°С новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в день) от момента сцеживания первой порции в течение не более чем 24 часов. Кратность добавления молока в одну и ту же емкость - не более 5 раз за 24 часа.

Охлажденное сцеженное грудное молоко в количестве не более 150 мл, хранящееся в индивидуальных промаркированных емкостях в холодильнике не более 24 часов (в случае объединения порций - от момента сцеживания первой порции), допускается замораживать при температуре минус 18-40°С.

Закрытые емкости (контейнеры) с замороженным грудным молоком могут храниться в специально предназначенном морозильнике при температуре не выше минус 18°С в течение не более 3 месяцев.

В случае необходимости отсроченного (более чем 24 часов с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления ребенка.

Для медленного размораживания сцеженного грудного молока следует поместить емкости с замороженным молоком в холодильник (при температуре 4±2°С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40°С) на 20 мин.

Для быстрого размораживания сцеженного грудного молока емкость с замороженным молоком можно сразу поставить в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40°С).

Размороженное и подогретое молоко следует сразу употребить для кормления ребенка.

Размороженное и подогретое молоко запрещено хранить при комнатной температуре более 2-х часов.

Не подвергавшееся подогреванию размороженное в холодильнике грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре 4±2°С но не более 24 часов от момента размораживания.

Неиспользованное в течение 24 часов от момента размораживания для кормления ребенка размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

***Пастеризация молока.***

В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделения реанимации и иные), собранное грудное молоко может быть подвергнуто пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования порционно под заказ, закрывают пробками и пастеризуют на водяной бане в течение 5-7 минут от начала закипания воды, уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры, поместив их в емкость с холодной водой и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 24 часов.

Пастеризованное молоко, молочные смеси используются для новорожденных по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть в индивидуальной стерильной разовой расфасовке.

Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей производят в стерильной посуде. Допускается использование готовых жидких смесей фабричного производства.

**Дезинфекция кувезов.**

Дезинфекцию кувезов осуществляют дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов. Для дезинфекции кувезов не допускают применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ИСМП осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными к применению. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства. По окончании обработки, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

**Вопросы для самоконтроля.**

1. Дайте понятие: «Перинатальный центр», «Родильный дом», «Акушерский стационар».
2. Охарактеризуйте **этапы** выхаживания новорожденных.
3. Перечислите требования к зданиям, сооружениям и помещениям стационаров акушерского профиля, перинатальных центров и стационаров для лечения детей.
4. Расскажите о дезинфекции помещений акушерского стационара.
5. Расскажите о сроках выписки из акушерского стационара.
6. Расскажите о порядке посещения беременных и родильниц родственниками, о возможности присутствия мужа (близких родственников) при родах.
7. Расскажите об организации работы с ВИЧ – инфицированными пациентками.
8. Расскажите о мерах безопасности медицинского персонала, принимающего роды и осуществляющего уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным
9. Расскажите о профилактических и противоэпидемических мероприятиях в родовом блоке.
10. Расскажите о первичном туалете новорожденного с точки зрения профилактики инфекций.
11. Расскажите об организации работы послеродового физиологического отделения с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.
12. Расскажите об организации работы обсервационного отделения.
13. Перечислите показания к приему беременных и рожениц в обсервационное отделение
14. Перечислите показания к переводу в обсервационное отделение беременных, рожениц и родильниц из других отделений акушерского стационара.
15. Перечислите показания к переводу и госпитализации в обсервационное отделение новорожденных детей.
16. Расскажите о правилах размещения новорожденных по палатам.
17. Расскажите об организации работы отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.
18. Расскажите о соблюдении инфекционной безопасности в палатах новорожденных.
19. Расскажите о порядке сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.
20. Расскажите об организации работы помещения для сбора и подготовки посуды.
21. Расскажите о правилах сбор, хранение и использование сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей.
22. Расскажите о рекомендациях к пастеризации молока.
23. Расскажите о правилах дезинфекция кувезов.