



**ФГУ Научный Центр акушерства,
гинекологии и перинатологии
им.академика В.И.Кулакова
Минздравсоцразвития РФ**

Профилактика госпитальных инфекций в акушерском стационаре. Новый САНПИН

Е.Н.Байбарина

Материал размещен на www.healthquality.ru

Госпитальные инфекции в ОРИТН

```
graph TD; A[Госпитальные инфекции в ОРИТН] --> B[Вентилятор-ассоциированная пневмония]; A --> C[Катетер-ассоциированные инфекции мочевых путей]; A --> D[Катетер-ассоциированные инфекции крови (катетерный сепсис)]; A --> E[Респираторные вирусные инфекции (РС, парагрипп, аденовирусная инфекция)];
```

Вентилятор-ассоциированная пневмония

Катетер-ассоциированные инфекции мочевых путей

Катетер-ассоциированные инфекции крови (катетерный сепсис)

Респираторные вирусные инфекции (РС, парагрипп, аденовирусная инфекция)

Частота вентиллятор-ассоциированной пневмонии

- 28,3% среди детей на ИВЛ, с гестационным возрастом менее 28 недель, находившихся в ОРИТН более 48 часов
- 6,5 на 1000 суток вентиляции при гестационном возрасте <28 нед; 4 на 1000 суток вентиляции при гестационном возрасте >28 нед

ВАП – 15% от всех
госпитальных инфекций; 27%
от госпитальных инфекций в
ОРИТ (*CDC*)

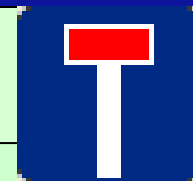
ВАП - 45,8% у недоношенных на
ИВЛ, 19,2% - у недоношенных на II
этапе выхаживания (до внедрения
инфекционного контроля) (2001г,
Москва).

ВАП – 16,7% от новорожденных на ИВЛ, после внедрения одноразовых контуров и др. инвентаря, заполнения увлажнителей стерильной водой через одноразовую систему, коррекции антибактериальной терапии – 2,2% (2002, Омск)

Два пути борьбы с госпитальной инфекцией:

Тактика
инфекционного
контроля

Тактика
наращивания
антибактериаль-
ной терапии



**Эффект назначения
системных антибиотиков
для профилактики
пневмонии у критически
больных пациентов не
доказан (CDC).**

ПРОФИЛАКТИКА ВАП

- Обучение персонала и вовлечение его в профилактику инфекций
- Выявление и регистрация случаев ВАП (в расчете на 100 дней в ОРИТ или на 1000 дней ИВЛ).
- Предотвращение передачи госпитальных штаммов
- Снижение восприимчивости организма хозяина к инфекции
- Предотвращение аспирации

Предотвращение передачи госпитальных штаммов

- Тщательно обрабатывайте оборудование (стерилизация или дезинфекция). *Например - дыхательные мешки – стерилизация (автоклавирование) или дезинфекция высокого уровня (пастеризация влажным паром при $t > 70^{\circ}\text{C}$) между пациентами.*
- Сливая конденсат, не допускайте затекания в сторону пациента. Используйте перчатки при сливании конденсата, обработайте руки после контакта с конденсатом водой с мылом при видимом загрязнении или алкогольсодержащим дезинфектантом.
- Заполняете небулайзеры и увлажнители асептически, используйте стерильную воду

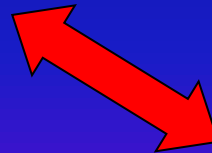
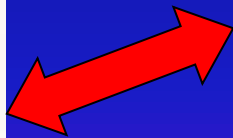
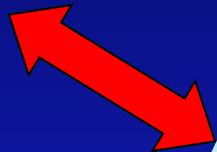
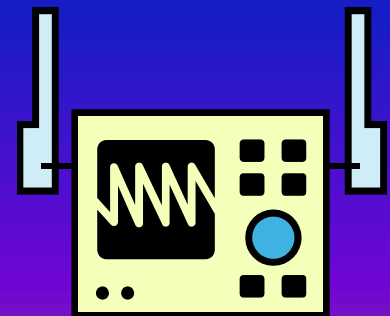
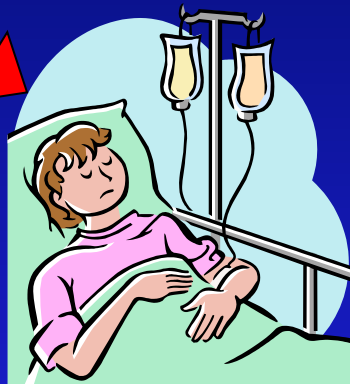
Профилактика передачи бактериальных возбудителей от человека к человеку

Гигиена рук

- Мойте руки с мылом и водой при видимых загрязнениях или контаминации биологическими жидкостями.
- При отсутствии видимых загрязнений - обрабатывайте руки безводными спиртосодержащими антисептиками до и после контакта со слизистыми оболочками, выделениями из дыхательных путей, независимо от того, использовались или нет перчатки.



Поменяйте
перчатки и
обработайте руки:



Предотвращение аспирации

- По возможности – ранняя экстубация. Неинвазивная вентиляция снижает длительность интубации – по возможности используйте ее вместо ИВЛ с интубацией
- Оротрахеальная интубация предпочтительнее назотрахеальной
- Тугое пеленание способствует аспирации
- Нет доказательств эффективности рутинной селективной деконтаминации ЖКТ

Критерии диагностики катетерного сепсиса (рекомендации CDC для эпидемиологов):

$t > 38$ или < 37 (rect); апноэ, брадикардия.

и/или

Клинические признаки и посевы крови, не объяснимые наличием инфекции другой локализации

и один из следующих признаков

Не менее двух положительных посевов крови, взятых в разное время

и/или

Назначено лечение как при сепсисе

Рекомендуемая национальной сетью безопасности здравоохранения США (National Healthcare Safety Network) таблица для анализа частоты госпитальных инфекций

*Facility ID# : 10000 *Month: Jan *Year: 2006 *Location Code: NICUW																				
Birth Weight Categories																				
Date	<750 gm				751-1000 gm				1001-1500 gm				1501-2500 gm				>2500 gm			
	*Pts	**U/C	**CL	**VNT	*Pts	**U/C	**CL	**VNT	*Pts	**U/C	**CL	**VNT	*Pts	**U/C	**CL	**VNT	*Pts	**U/C	**CL	**VNT
1	4	4	0		4	0	4		4	4	4		4	1	2		6	1	4	
2	6	2	3		6	0	6		6	6	6		4	1	2		6	1	4	
3	7	6	0		7	1	4		7	7	7		1	1	0		4	0	4	
4	4	4	0		4	0	4		4	1	2		4	1	2		4	0	4	
5	4	2	1		4	4	4		4	4	4		4	4	4		5	1	4	
6	6	3	3		5	3	1		1	1	0		6	1	4		4	0	4	
7	5	2	3		3	0	3		1	1	0		5	5	0		4	0	4	
8	4	0	4		0	0	0		1	1	0		5	5	0		4	0	4	
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
*Total	116	62	44		100	44	31		88	63	16		101	68	24		116	7	100	

Pts=number of infants U/C=number of infants with umbilical catheter CL=number of infants with 1 or more central lines
VNT=number of infants on a ventilator *If infant has both a U/C and CL, count as U/C infant only for the day

Рекомендуемые расчетные показатели

$$\text{Частота катетерного сепсиса} = \frac{\Sigma \text{ случаев}}{\Sigma \text{ дней стояния центрального катетера}} \times 1000$$

$$\text{Активность использования центральных катетеров} = \frac{\Sigma \text{ дней стояния катетера}}{\Sigma \text{ дней госпитализации}} \times 1000$$

ТРУДНЫЕ РЕШЕНИЯ:

- Использование четких единых диагностических критериев инфекционных заболеваний**
- Регистрация и учет госпитальных инфекций**
- Организация инфекционного контроля на современном уровне**

СанПиН 2.1.3.2630-10

**«Санитарно-эпидемиологические
требования к организациям,
осуществляющим медицинскую
деятельность»**

**Утверждены 18.05.2010г. Постановлением
Главного государственного санитарного
врача РФ №58, зарегистрированы
Минюстом России 09.08.2010г.
регистр.№18094
Введены в действие с 17.09.2010г.**

Отменены

- СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»
- СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций»
- СанПиН 2.1.3.2524-09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям»
- СанПиН 3.5.2528-09 «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях»
- СанПиН 2.1.3.2576-10 изменение №3 к СанПиН 2.1.3.1375-03

**Перинатальный центр отличается от
родильного дома наличием в составе
женской консультации,
гинекологического отделения, ОПНН и
ОРИТН**

Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1—2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения.

В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорождённых. Допускаются палаты совместного пребывания в обсервационном отделении

Использование медицинских масок

В родовом зале при приёме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорождённых маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

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.

Через 1 мин после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложения зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом. В случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, их смывают тёплой водопроводной водой.

Для кормления новорождённого используется сцеженное грудное молоко только его матери.

В случае необходимости отсроченного кормления новорождённого сцеженным молоком (отделение реанимации и т. п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

ОРИТН и ОПНН перинатального центра

- Размещают в самостоятельных блоках помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.
- В случае, если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорождённых из других акушерских стационаров, при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.
- Допускается перевод новорождённых из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров, перевод из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения не допускается

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

Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

**Обработка куветов – после перевода
ребенка. Но не реже 1 раза в 7 дней.**

Учет документации куветов.



*Благодарю за
внимание!*