История одного успеха: внедрение новых технологий родовспоможения и инфекционного контроля в акушерском стационаре

Акушерское отделение МУЗ «Мичуринская городская больниц №2» расположено в пятиэтажном здании, построенном по типовому проекту родильного дома. Всего в этом отделении 130 коек, которые включают 85 коек патологии беременности и 45 акушерских коек (20 коек для физиологических родов и 25 обсервационных коек). Кроме того, имеется 45 коек новорожденных. В своем составе акушерское отделение имеет 8 индивидуальных родильных залов, 2 операционных блока и анестезиологическое отделение с палатой интенсивной терапии на 3 койки. Имеется клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории.

Сегодня отделение оснащено высокотехнологичным медицинским оборудованием, позволяющим осуществлять мониторное наблюдение за состоянием матери и плода, реанимационной, ультразвуковой аппаратурой. В нем работают 116 медицинских работников – врачей, медицинских сестер и акушерок. Из них 8 врачей акушер-гинекологов, 2 врача - неонатолога, 2 врача- реаниматолога, врач-эпидемиолог.

На протяжении ряда лет проводится работа со специалистами кафедры эпидемиологии СПбГМА им. И.И. Мечникова в целях улучшения инфекционного контроля, оценки эпидемиологической ситуации. Специалисты отделения регулярно принимают участие в Российских конференциях по профилактике ВБИ, в международных конференциях по антимикробной терапии и др.

С 1997 года в физиологическом отделении послеродовые палаты были реорганизованы и работают **по принципу совместного пребывания**[1]**.** Постепенно расширялись показания к совместному пребыванию и с 2000 года палаты совместного пребывания открылись и в обсервационном отделении. При этом возможны противопоказания к совместному пребыванию, которые определяются в каждом конкретном случае врачами: акушером-гинекологом и неонатологом. Основной проблемой в этой работе была разработка алгоритмов ухода за новорожденным, обучение матерей этим алгоритмам. Для решения этой проблемы были разработаны памятки, которые ежегодно пересматривались и сегодня широко используются в работе. Первое прикладывание новорожденного к груди проводилось в первые 30 минут жизни. Такое построение работы позволило обеспечить вскармливание новорожденного по требованию. В этот же период было разрешено и**спользование собственного белья для мамы и новорожденного,** что не вступает в противоречие с пунктами 4.4.4. и 4.2.2. приказа Минздрава РФ №345 при соблюдении сроков смены белья согласно п. 4.5.2. того же приказа.

С 2009г участие в проекте «Улучшение помощи мама и малышам», прошла реорганизации акушерского стационара, стали внедряться новые технологии.

Были организованы 8 индивидуальных родильных залов . Прием родов осуществляется в индивидуальных родильных залах 5 -го или 1 –го этажей поочередно с заключительной дезинфекцией после каждых родов.

Индивидуальный родильный зал несет одновременно функции предродовой, родовой палаты, малой операционной. При этой системе

---

[1] Палаты совместного пребывания организованы согласно п.4.4.1. - 4.4.2 приказа Минздрава РФ №345 от 26.11.97г «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»

исключается транспортировка женщин, тем самым устраняется возможность контакта между роженицами, что является важным фактором в профилактике внутрибольничных инфекций.

Перевод в послеродовые физиологические или обсервационные палаты совместного пребывания проводится согласно приложению №4 приказа МЗ №345 от 26.11.97г

Роды у женщин с воздушно-капельными инфекциями (ОРЗ, грипп, ветряная оспа и др.) осуществляются в Мельцеровском боксе родового блока 1-го этажа.

В подготовке по организации индивидуальных родильных залов акушерского отделения использованы материалы:

1.Приказ МЗ №345 от 26.11.97 г «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», п. 3.10.

2. Методические рекомендации 173-ПД/707. Проектирование перинатальных центров и других учреждений родовспоможения

3.Приказ МЗ и СР от 27 марта 2006 г. N 197 «Об организации деятельности родильного дома (отделения)»

4. «Клинико-организационное руководство по организации работы акушерского стационара на основе новых технологий родовспоможения и инфекционного контроля» - СПб: Санкт-Петербургский медицинский информационно-аналитический центр, 2003.

Специалистами ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» была выдана экспертиза о возможности размещения 8 индивидуальных родильных залов в имеющихся помещениях.

Благодаря открытию индивидуальных родильных залов появилась возможность проведения партнерских родов согласно п. 3.10. приказа МЗ №345.

Партнёрские роды проводятся в индивидуальных родильных залах бесплатно. Помощником в родах может быть не только отец ребёнка, но и другой человек, которого роженица желает видеть рядом с собой. Необходимые условия допуска партнёра в родовой блок:

- заявление,
- согласие роженицы,
- справка о состоянии здоровья партнёра и отсутствии контакта с инфекционными больными от участкового терапевта (дежурного врача акушерского отделения),
- флюорографическое обследование,
- курсы по подготовке к партнерским родам (желательно),
- сменная одежда и обувь.

Непосредственно при родах родственники обеспечиваются одноразовыми халатом, маской, шапочкой. Для родственников выделено помещение для переодевания, временного нахождения при необходимости.

Отказ от отсечения пуповины (разработаны алгоритмы ухода за пуповинным остатком для неонатологов, участковых педиатров)

С мая 2009 года в акушерском отделении МУЗ «Мичуринская городская больница №2» не проводится хирургическое иссечение пуповины у новорожденных. Удивительно, что процедура хирургического иссечения пуповины в последнее время имела большую популярность, при этом нет ни одного юридического документа, регламентирующего эту операцию, не

находится ни одного серьёзного исследования на эту тему. В практике осложнения встречаются, довольно серьезные, но их частота не известна. О них принято умалчивать. Не все участковые педиатры и патронажные с естры готовы к тому, чтобы по их наблюдение поступал ребенок со скобкой, не говоря уже о молодой маме. Для педиатров разработана памятка с рекомендациями по ведению и особенностям наблюдения пупочного остатка, показания к бактериологическому обследованию.

Введена ранняя выписка после самопроизвольных родов на 3-и сутки с обследованием на наследственные заболевания на дому, после оперативного родоразрешения по клиническим показаниям согласно п. 3.6. приказа МЗ №345.

На основании приказа Министерства здра воохранения и социального развития Российской Федерации от 22 марта 2006 года N 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания" организовано обследование новорожденных на дому, п роведено обучение участковых медицинских се стер (в состав учреждения входят 3 детских поликлинических отделения) с принятием зачета по обследованию новорожденных на наследственные заболевания, разработан и утвержден соответствующий алгоритм, созданы укладки для забора.

Ранний контакт кожа-к-коже новорожденного и матери в течение 2 часов. Кожный контакт осуществляется сразу после родов,

ребенок обсушивается и укрывается теплой сухой пеленкой и одеялом, новорожденному одеваются шапочка, носочки, распашонка. Первичная обработка осуществляется через 1-2 ч, в том числе профилактика гонобленореи проводится 1% тетрациклиновой мазью согласно приказа №345 (с изменениями на 5 мая 2000г).

Исключение необоснованной транспортировки новорожденных в различные помещения акушерского стационара. Максимальное количе ство необходимых процедур должны выполняться в палате , в том числе вакцинация против гепатита В и туберкулеза (разработаны алгоритмы) и др.

Согласно п. 3.9. приказа МЗ №345 разрешено посещение родственниками, порядок посещения установлено администрацией .

К посещению допускаются взрослые с 18 лет не более 1 человека в палату с письменного разрешения родильницы. К посещению не допускаются больные с инфекционными заболеваниями. Посещения запрещены на время карантина. Имеются памятки для родственников с правилами посещениями. Смена одежды и обуви родственниками не проводится, если они чистые, предлагаются бахилы.

Отказ от неэффективных практик (клизма, бритье, обработка наружных половых органов, холод на низ живота, катетеризация мочевого пузыря). Данные манипуляции не регламентируются приказом №345. Клизма проводится строго по показан иям – отсутствие стула в течение 48-72ч, оперативное вмешательство.

При кесарево сечении используются депиляторы, в родах при необходимости выстригание.

Обеспечено соблюдение тем пературного режима в родильных залах, послеродовых палатах.

Установлены инфракрасные потолочные облучатели с сервоконтролем, организован мониторинг температуры (3 -хкратное измерение температуры в родильном зале, палатах, «что сделано при отклонении»), созданы условия сохранения и поддержания температуры (разработка алгоритмов действий медицинского персонала при отклонении температуры в родильном зале). Основанием послужили ПАКЕТЫ ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ «Профилактика гипотермии у новорожденных. Обеспечение

готовности оборудования для проведения первичной реанимации новорожденных» (Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»).

Организация инфекционного контроля: создана комиссия по профилактике внутрибольничных инфекций во главе с главным врачом, разработано положение о работе, определены обязанности членов комиссии. В состав комиссии на протяжении ряда лет входят представители санитарно-эпидемиологической службы, в настоящее время это заместитель начальника ТУ Роспотребнадзора. Организован эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями согласно приложению №2 приказа №345. Каждый случай внутрибольничного инфицирования (разработаны стандартные определения случаев) разбирается на заседаниях, проводится анализ заболеваемости новорожденных и родильниц с выводом о предположительном характере инфицирования, с определением групп и факторов риска. Любые изменения в организации работы акушерского отделения обсуждаются на комиссиях, больничных советах. Большинство вопросов, связанных с организацией работы акушерского о тделения согласованы с ТУ Роспотребнадзора, проводятся под контролем микробиологического мониторинга (обследование когорты при поступлении, через 3 дня, одномоментное обследование кала новорожденных с целью изучения колонизации, слежение за антибиотикорез истентными штаммами и др.).