

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Профілактика захворювань в акушерських стаціонарах»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії

клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Профілактика захворювань в акушерських стаціонарах

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Проблема профілактики і лікування гнійних запальних процесів у сучасних умовах надзвичайно актуальна. Основними збудниками гнійних захворювань є стафілокок, кишкова паличка, протей, стрептокок, синьогнійна паличка, анаеробні бактерії та ін. У зв'язку зі змінами не лише видового складу, але й властивостей збудників, які визначаються високою вірулентністю і високою стійкістю до антимікробних засобів, нині асептику та антисептику слід розглядати у більш широкому значенні. При цьому необхідно передбачати не тільки засоби і методи запобігання інфікуванню ран і боротьби з мікробами, які потрапили в рану, але й методи запобігання гнійним ускладненням, що зумовлені хірургічним втручанням і впливом епідемічного середовища, в якому перебуває пацієнтка.

Під час вагітності, пологів і в післяпологовий період досить часто виникає ризик захворювань. Особливо часто бувають запальні захворювання в післяпологовий період, навіть у вигляді спалахів інфекції зі смертельним кінцем для матері й новонародженого. Це зумовлено походженням під час пологів шийки матки, піхви, промежини і проникнення у них інфекції, а також зниженням імунобіологічної реактивності організму під час вагітності і в післяпологовий період.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Поняття про асептику та антисептику.
2. Профілактику інфекційних захворювань в акушерських стаціонарах (засоби забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.
3. Особисту гігієну медичних працівників пологового будинку.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Дати визначення асептики та антисептики.
2. Розказати про профілактику інфекційних захворювань в акушерських стаціонарах (засоби забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.
3. Розказати про особисту гігієну медичних працівників пологового будинку.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,

- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах. .

РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у хірургії.	Накази МОЗ	Здійснювати медсестринський догляд відповідно до наказів МОЗ
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Накази МОЗ	Здійснювати медсестринський догляд відповідно до наказів МОЗ
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Накази МОЗ	Здійснювати медсестринський догляд відповідно до наказів МОЗ

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів освіти, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу: 1. Поняття про асептику та	аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %

	антисептику. 2. Профілактику інфекційних захворювань в акушерських стаціонарах (засоби забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. 3. Особисту гігієну медичних працівників пологового будинку.	«П		
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки здобувачів освіти		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в акушерстві:</i> підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.32-49	10-15%

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
б) тези або конспект лекції:

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

Основними джерелами неспецифічної хірургічної інфекції є хворі з

післяопераційними гнійними ускладненнями, а також бацилоносії. Залежності від локалізації осередку запалення збудники виділяються з організму через різні органи і Тканини (дихальні шляхи, органи травлення, сечовивідні шляхи та ін.). Збудники внутрішньо лікарняних інфекцій поширюються повітряно-крапельним і контактним шляхами. Основні фактори передачі інфекції: повітря, руки, білизна, перев'язувальний матеріал, інструментарій, апаратура тощо.

Для профілактики післяопераційних гнійних ускладнень проводять комплекс санітарно-профілактичних заходів, які спрямовані на запобігання розвитку збудників інфекції в рані, їх знищення і переривання шляхів передачі.

Механічна антисептика включає ряд механічних прийомів, які спрямовані на якнайшвидше (в перші години) видалення з рани некротичних тканин, згустків крові, сторонніх тіл, а разом з ними і мікроорганізмів, що потрапили в рану. З цією метою проводять ретельний туалет рани (гоління волосся, змащування шкіри навколо рани 5 % розчином йоду спиртовим, видалення сторонніх тіл) або первинна хірургічна обробка рани. Мертві тканини і згустки крові є поживним середовищем для бактерій, а сторонні тіла є їхніми джерелами. Механічні заходи антисептики, здійснені в перші години після поранення, сприяють видаленню переважної більшості бактерій з рани та їх загоєнню без нагноєння.

Антисептика

Антисептика - це комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на знищення мікробів у рані або в організмі людини.

Фізична антисептика - профілактика і лікування ранової інфекції шляхом застосування фізичних факторів, що забезпечують загибель мікробів або значне зменшення їх числа, а також руйнування їхніх токсинів.

Хімічна антисептика - вплив на мікроорганізми хімічними речовинами, що володіють бактерицидною або бактериостатическим дією. Краще, якщо ці речовини згубно впливають на мікрофлору і не надають негативної дії на клітини і тканини організму людини.

Біологічна антисептика - застосування біопрепаратів, що діють як безпосередньо на мікроорганізми та їх токсини, так і діючих через макроорганізму.

Акушерський стаціонар представляє собою складне за структурою лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання кваліфікованої акушерської допомоги вагітним, породіллям, породіллям та новонародженим на основі досягнень сучасної науки і техніки.

Незалежно від того, чи є акушерський стаціонар пологовим будинком або пологовим відділенням лікарні, основними його підрозділами служать приймально-оглядове приміщення, родової блок (відділення), фізіологічне післяпологове відділення, обсерваційне відділення, відділення патології вагітних та відділення для новонароджених дітей. Крім того, у пологовому будинку є адміністративно-господарська служба, лабораторія, аптека і ряд допоміжних кабінетів. Структура пологового будинку (відділення) повинна відповідати вимогам будівельних норм і правил лікувально-профілактичних установ, оснащення - табелем обладнання пологового будинку (відділення), санітарно-епідеміологічний режим - діючим нормативним документам

Основними завданнями роботи пологового будинку є: надання висококваліфікованої

медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді; забезпечення відповідного спостереження та догляду за здоровими новонародженими та надання кваліфікованої медичної допомоги дітям, які народилися в асфіксії або з іншими захворюваннями, що вимагають відповідного лікування, а також недоношеним, хворим і новонародженим до переведення їх у відповідну дитячу лікарню.

Для вирішення завдань, що стоять перед пологовим будинком, повинні постійно впроваджуватися новітні методи діагностики та лікування ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та захворювань новонароджених, постійно вдосконалюватися методи раціонального ведення пологів, широко використовуватися фізіопсихопрофілактичної підготовка вагітних до пологів. Необхідно удосконалювати спеціалізовану допомогу жінкам, що страждають ускладненнями вагітності та екстрагенітальними захворюваннями, забезпечувати реанімаційно-анестезіологічну допомогу вагітним, породіллям та новонародженим, використовуючи сучасні методи, широко залучати для консультації лікарів інших спеціальностей. У пологовому будинку повинен суворо дотримуватися санітарно-епідеміологічний та лікувально-охоронний режим. В родопомічних закладах повинна бути забезпечена висока культура медичного обслуговування жінок і новонароджених, необхідно використовувати різні форми і засоби санітарної освіти, постійно вдосконалювати організаційні форми роботи. Для надання кваліфікованої допомоги в акушерському стаціонарі слід здійснювати постійний зв'язок і наступність у роботі з іншими лікувальними установами, в першу чергу з жіночими консультаціями і дитячими стаціонарами.

Пологовий блок

Пологовий блок є за своїм значенням центральною ланкою будь-якого акушерського стаціонару.

Основними завданнями пологового відділення є створення породіллям найкращих (у широкому медичному розумінні цього слова) умов перебування в стаціонарі під час пологів та забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги з метою успішного результату пологів.

Пологовий блок (відділення) складається з передродових палат, пологових палат (пологових залів), малої та великої операційних, кімнати для обробки новонароджених (маніпуляційна-туалетная для новонароджених), палати інтенсивної терапії, приміщення для консервованої крові і кровозамінників, кімнати для переносної апаратури, кабінети функціональної діагностики, кімнати для медичного персоналу, буфетної, кімнати для обробки та сушіння клейонок і суден, приміщення для тимчасового зберігання брудної білизни, прибирального (маркованого) інвентарю та ін

Щоб забезпечити належний протиепідемічний режим у пологовому відділенні, бажано мати по два основних приміщення родового блоку (передпологовій, пологові палати, маніпуляційна-туалетная для новонароджених, малі операційні), що дозволяє чергувати роботу в них з санітарною обробкою.

Територія ділянки пологового будинку повинна бути упорядкована, озеленена. Площа зелених насаджень і газонів повинна становити не менше 60% загальної площі ділянки, а площа садово-паркової зони - 25 м в квадраті на людину (на ліжку).

Ділянка пологового будинку, розташований на території житлової забудови населеного пункту, повинен мати по периметру смугу зелених насаджень завширшки не менше 15 м їх дворядної посадки високостовбурних дерев та ряду кущів.

Дерева з широкою кроною повинні сідати не ближче 10 м від стіни будівлі.

До території пологових будинків повинні бути влаштовані зручні під'їзні шляхи з твердим покриттям. Аналогічні тверді покриття повинні мати внутрішні проїзди і пішохідні доріжки. Тимчасові стоянки автотранспорту індивідуального користування слід розміщувати на відстані не ближче 40 м від території.

На території пологового будинку не допускається розташування яких би то не було сторонніх установ, житла, а також розміщення будівель і споруд, не пов'язаних функціонально з зазначеними лікувально-профілактичними установами.

Прибирання території повинна проводитися щоденно. Для збору сміття та побутових відходів на території встановлюються сміттєзбірники із щільно закритими кришками, для яких повинні бути передбачені й обладнані спеціальні майданчики з асфальтовим чи бетонованим покриттям, що забезпечує дезінфекцію та промивку майданчиків. Відстань майданчики з сміттєзбірниками до палатних корпусів повинна бути не менше 25 м. Сміттєзбірники повинні систематично промиватися і дезінфікуватися. Вивіз сміття і харчових відходів має здійснюватися щодня.

Архітектурно-планувальні і конструктивні рішення будівель і приміщень родопомічних стаціонарів повинні забезпечувати оптимальні санітарно-гігієнічні та протиепідемічні режими та умови перебування пацієнток, праці та відпочинку обслуговуючого персоналу.

У пологових будинках, що є навчальними базами медичних вузів та училищ, інститутів удосконалення лікарів, а також науковими базами НДІ системи охорони здоров'я повинні бути додатково передбачені необхідні навчальні приміщення для здобувачів освіти та кабінети для викладацького складу: допоміжні приміщення (роздягальні, туалети, комори та ін.), відокремлені від основних функціональних підрозділів установи.

У підвальних та цокольних поверхах допускається розміщення складських приміщень (комори хозинвентаря), санітарно-побутових приміщень для персоналу (гардеробні, душові), санітарних пропускників, приміщень для зберігання речей хворих, буфетів і їдалень для персоналу, центральних білизняних, приміщень для збору і сортування брудної білизни, приміщень дезінфекційної обробки суден, клейонок та дезінфекції ліжок.

Не допускається розміщення в підвальних і цокольних поверхах лікувально-діагностичних корпусів приміщень майстерень, складів отруйних, сильнодіючих, легкозаймистих і горючих рідин, акумуляторних, а також прийомних відділень.

У цокольних поверхах з відміткою 1,2 м нижче вимощення або планувальної позначки тротуару допускається розміщувати службові приміщення, приміщення для виписки пацієнток, медичні архіви, вестибюлі. Як виняток, за погодженням з територіальними органами державного санітарного нагляду, допускається розміщення дезкамер невеликої потужності, хоча, за існуючими правилами, для дезкамер повинні бути виділені окремі будови.

У цокольних поверхах з позначкою підлоги не більше 0,5 м допускається розміщувати всі приміщення, крім родових, операційних, процедурних, лікарських кабінетів.

У родопомічних закладах як самостійних, так і у складі багатoproфільних лікарень, архітектурно-планувальні рішення повинні забезпечити чітке зонування відділень, циклічність їх заповнення та санітарної обробки, впорядкування внутрішньолікарняних потоків, поліпшення умов роботи персоналу.

Структура приміщень пологового будинку повинна забезпечити ізоляцію здорових вагітних, породіль, породіль та новонароджених від хворих, найсуворіше дотримання правил санітарно-епідемічного режиму, ізоляцію хворих.

Внутрішнє оздоблення приміщень повинна бути виконана у відповідності з їх функціональним призначенням. Поверхня стін, перегородок і стель приміщень повинна бути гладкою, легкодоступною для вологого прибирання і дезінфекції.

У приміщеннях, що піддаються вологою поточної дезінфекції (операційні, пологові, передопераційні, процедурні та ін аналогічні приміщення, а також ванні, душові, санітарні вузли, клізові, приміщення для зберігання і розбору брудної білизни і ін) стіни слід облицьовувати глазурованою плиткою та іншими вологостійкими матеріалами на повну висоту. Для покриття підлог необхідно застосовувати водонепроникні матеріали. Підлога в операційних і пологових повинні бути безіскровою, антистатичні. Стелі в приміщеннях з вологим режимом повинні фарбуватись водостійкими (масляними та іншими) фарбами.

Весь інвентар для прибирання повинен мати чітке маркування із зазначенням приміщень і видів збиральних робіт, використовуватися суворо за призначенням і зберігатися роздільно.

Родзали, палати новонароджених та недоношених дітей до 1 року, процедурні бокси та молочні кімнати слід після збирання, а також у процесі поточної експлуатації періодично опромінювати ультрафіолетовими стаціонарними або пересувними бактерицидними лампами з розрахунку 1 ват потужності лампи на 1 кубічний метр приміщення.

В даний час існує декілька типів медичних закладів:

Без лікарської допомоги (фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти);

З загальної лікарської допомогою (дільничні лікарні з акушерськими ліжками);

З кваліфікованої лікарської допомогою (перинатальні центри, РЛ, ЦРЛ, міські пологові будинки, родопомічні відділення багатoproфільних лікарень, спеціалізовані акушерські відділення на базі багатoproфільних лікарень, родопомічні стаціонари, об'єднані з кафедрами акушерства і гінекології медичних інститутів, НДІ, центрів).

АС має такі основні підрозділи:

Фізіологічне (I) акушерське відділення (50-55% від загального числа акушерських ліжок);

Відділення (палати) патології вагітності (25-30% від загального числа акушерських ліжок);

Відділення (палати) новонароджених в I і II акушерських відділеннях;

Обсерваційне (II) акушерське відділення (20-25% від загального числа акушерських ліжок);

Гінекологічне відділення (25-30% від загального числа акушерських ліжок)

Перше (фізіологічне) акушерське відділення включає в себе:

Приймально-пропускний блок

Приймально-пропускний блок пологового будинку включає в себе прийомну

(вестибюль), фільтр і оглядові кімнати. Оглядові кімнати існують окремо для фізіологічного та обсерваційного відділень. Кожна оглядовий має приміщення для обробки вступників жінок, туалет, душову, установку для миття суден. Якщо в пологовому будинку функціонує гінекологічне відділення, то воно повинно мати окремий приймально-пропускний блок.

Правила утримання приймально-оглядових приміщень: два рази на добу вологе прибирання із застосуванням миючих засобів, один раз на добу прибирання із застосуванням дезінфікуючих засобів. Після вологого прибирання включають бактерицидні лампи на 30-60 хвилин. Існують інструкції за правилами обробки інструментів, перев'язувального матеріалу, апаратури, меблів, стін.

Вагітна або породілля, вступаючи до приймальної, знімає верхній одяг і проходить у фільтр. У фільтрі лікар вирішує, чи підлягає дана жінка госпіталізації в пологовий будинок і в яке відділення (палати патології, I або II акушерські відділення). Для вирішення цього питання лікар збирає анамнез для з'ясування епідемічної обстановки на роботі і вдома.

У фізіологічне відділення направляють вагітних або породіль без ознак інфекційних захворювань і не мають контакту з інфекцією. Всіх вагітних або породіль, що представляють загрозу інфікування для здоров'я жінок госпіталізують або в II акушерське відділення, або переводять у спеціалізовані стаціонари (лихоманка, ознаки інфекційного захворювання, шкірні захворювання, мертвий плід, безводний проміжок понад 12 годин і ін.)

Після вирішення питання про госпіталізацію акушерка перекладає жінку у відповідну оглядовий, фіксуючи необхідні дані в "Журналі обліку вагітних, породіль і породіль" і заповнюючи паспортну частину історії пологів.

Потім лікар і акушерка проводять загальне і спеціальне акушерське обстеження.

Після обстеження проводять санітарну обробку, обсяг якої залежить від загального стану надходить або від періоду пологів (гоління пахвових западин і зовнішніх статевих органів, стрижка нігтів, очисна клізма, душ). Вагітна (породілля) отримує індивідуальний пакет з стерильною білизною (рушник, сорочка, халат), чисте взуття і переходить в палату патології або в передпологову палату. З оглядового II відділення перехід можливий лише в II відділення. Жінкам, що надходять в пологовий будинок, дозволяють використовувати власну нематерчатую взуття, предмети особистої гігієни.

Весь медичний персонал лікувального або акушерського установи повинен бути бездоганно охайним і акуратним. Краї робочої (санітарної) одягу повинні повністю закривати особисту (домашню) одяг. Волосся повинні повністю закриватися шапочкою або косинкою. Змінне взуття персоналу операційних, родблоке, реанімаційних, перев'язувальних та відділень новонароджених має бути з нетканого матеріалу, доступного для дезінфекції.

Особи, що надійшли на роботу в пологовий будинок, в подальшому проходять повний медичний огляд. Весь персонал повинен бути взятий на диспансерне спостереження для своєчасного виявлення та лікування хронічних запальних захворювань носоглотки, шкіри, виявлення та лікування карієсу. Обстеження персоналу фахівцями (терапевт, хірург, невропатолог, окуліст, отоларинголог, стоматолог) проводять один раз на рік, огляди дерматовенерологом - щоквартально. Медичний персонал два рази на рік здає аналіз крові на ВІЛ, щоквартально - на RW;

двічі на рік - на наявність золотистого стафілокока.

Перед оглядом і після огляду здорових жінок лікар і акушерка миють руки спеціальним миючим засобом або туалетним милом. Перед виконанням процедур, а також після виконання "брудних процедур" (прибирання приміщення, зміни білизни хворим, відвідування туалету тощо) руки також миються туалетним милом. При наявності інфекції або при огляді, що проводився в II відділенні, руки знезаражують дезінфікуючими розчинами. Після прийому кожної жінки проводять обробку дезінфікуючими розчинами інструментів, судна, кушетки, душової, туалету.

Пологовий блок

Пологовий блок включає в себе передпологові палати (палату), палату інтенсивної терапії, пологові палати (зали), кімнату для новонароджених, операційний блок (велика і мала операційна, передопераційна, кімната для зберігання крові, переносної апаратури), кабінети і кімнати для медперсоналу, санвузли і т.п.

Передпологові і пологові палати можуть бути представлені окремими боксами, які при необхідності можна використовувати в якості малої операційної або навіть великий операційній при наявності в них певного обладнання. Якщо ж вони представлені окремими структурами, то повинні бути в подвійному наборі, щоб чергувати їх роботу з ретельною санітарною обробкою (робота не більше трьох діб підряд).

У *передпологовій* необхідна централізована підводка кисню і закису азоту і відповідна апаратура для знеболювання пологів, кардіомонітори, апарати для УЗД.

У передпологовій дотримуються певного санітарно-епідемічного режиму: температура в приміщенні $+18^{\circ}\text{C}$ - $+20^{\circ}\text{C}$, вологе прибирання 2 рази на добу з використанням миючих засобів і 1 раз на добу - з дезінфікуючими розчинами, провітрювання приміщення, включення бактерицидних ламп на 30 -60 хвилин.

Кожна породілля має індивідуальну ліжку і судно. Ліжка, судно і лавка для судна мають один і той же номер. Ліжка накривають тільки при вступі породіллі в передпологову палату. Після перекладу на пологи білизна з ліжка знімають і поміщають у бак з поліетиленовим мішком і кришкою, ліжка дезінфікують. Судно після кожного використання промивають проточною водою, а після переведення породіллі у пологовий зал його дезінфікують.

При надходженні в пологовий будинок і після вилиття навколоплідних вод в обов'язковому порядку проводиться піхове дослідження. Його проводять з дотриманням всіх правил асептики і антисептики і з взяттям мазків на флору. У передпологовій породіллі проводить весь перший період пологів.

Палата інтенсивної терапії призначена для вагітних, породіль і породіль з важкими формами гестозу та екстрагенітальними захворюваннями. Палата повинна бути оснащена необхідними інструментами, медикаментами та апаратурою для надання невідкладної допомоги.

На початку II періоду пологів породіллю переводять у *пологовий зал* після обробки зовнішніх статевих органів дезінфікуючим розчином. У пологовому залі породіллі надягає стерильну сорочку та бахіли.

Пологові зали повинні бути світлими, просторими, оснащені апаратурою для дачі наркозу, необхідними медикаментами і розчинами, інструментами і перев'язочним матеріалом для прийому пологів, туалету та реанімації новонароджених. Температура приміщень повинна бути $+20^{\circ}\text{C}$ - $+22^{\circ}\text{C}$. Прийом пологів здійснюють по черзі на

різних ліжках

Перед прийомом пологів акушерка мие руки як для хірургічної операції, одягає стерильний халат, маску, рукавички, використовуючи для цього індивідуальний пакет для прийому пологів.

Після пологів все лотки, балони для відсмоктування слизу, катетери та ін предмети мийуть гарячою водою з милом і піддають знезараженню. Одноразові інструменти, предмети і т. п. викидають у спеціальні баки з поліетиленовими мішками і кришками. Ліжка обробляють дезінфікуючими розчинами.

Асептика і бездоганна особиста гігієна новонародженого і матері - основні принципи, яким має слідувати персонал пологового будинку, особливо щодо профілактики виявлення стафілококового носійства. Новонародженого акушерка переносить на руках з родової палати в дитячу. Тут дитяча медична сестра проводить його туалет (знімає з допомогою стерильного вазелінового масла залишки родової мастила, обробляє поверхню тіла 70% спиртом, змащує шкірні складки цінкланоліновою маззю), одягає у нагріте білизна, укладає в ліжко з певним номером. Новонароджений вимагає уважного спостереження за його станом. У нього може настати блювота, порушення дихання (ціаноз і т. д. При кровотечі з пуповини перевіряють, чи правильно накладена лігатура або дужка, щоб при необхідності підтягти їх, потім накласти досить туго (не перетискаючи органів черевної порожнини) пов'язку на пуповину залишок і застосувати кровоспинні засоби (5% розчин хлориду кальцію, рутин, вікасол та ін.) Перед вторинної обробкою пуповини акушерка повторно обробляє руки (профілактика гнійно-септичної інфекції).

Пологові зали функціонують по черзі, але не більше 3-х діб, після чого їх мийуть за типом заключної дезінфекції, знезаражуючи все приміщення і всі об'єкти в ньому. Дату такого прибирання фіксують у журналі у старшої акушерки відділення. При відсутності пологів приміщення прибирають один раз на добу з використанням дезінфікуючих засобів. Генеральне прибирання (миття та дезінфекція) пологових залів проводиться один раз на тиждень, із звільненням приміщень від устаткування, меблів та ін інвентарю.

Малі операційні в пологовому блоці (2) призначені для виконання всіх акушерських посібників і оперативних втручань, які не вимагають чревосечення (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, акушерські повороти, витягання плода за тазовий кінець, ручне обстеження порожнини матки, ручне відділення посліду, зашивання травматичних ушкоджень м'яких родових шляхів) та огляду м'яких родових шляхів після пологів. *Велика операційна* призначена для чревосечення (велике і мале кесарів розтин, надпихова ампутація або екстирпація матки). Для профілактики внутрішньолікарняної інфекції велике значення має застосування сучасних методів підготовки операційного поля, використання інцизних плівок, одноразового операційної білизни, стерильних одноразових післяопераційних пов'язок, правильно підібраних хірургічних шовних матеріалів, якісних внутрішньовенних катетерів і спеціальних одноразових пластирів для їх фіксації, що знижують ризик виникнення флебітів, одноразових бактеріальних фільтрів для наркозно апаратури і апаратів ШВЛ.

У пологовому блоці породілля і немовля після нормальних пологів знаходяться протягом 2-х годин, а потім їх переводять у післяпологове відділення для спільного перебування (окремі палати для матері та новонародженого або палати-бокси для

спільного перебування матері та дитини).

Післяпологове відділення

Післяпологове відділення включає в себе палати для породіль, процедурну, білизняний, санітарні кімнати, туалет, душ, виписному кімнату, кабінети для персоналу.

Палати повинні бути просторими, на 4-6 ліжок. Температура в палатах $+18^{\circ}\text{C}$ - $+20^{\circ}\text{C}$. Палати заповнюють циклічно відповідно до палатами для новонароджених протягом 3-х діб і не більше, щоб можна було всіх породіль виписати одночасно на 5 - 6-й день. Якщо необхідно затримати у пологовому будинку 1-2 породіль, то їх переводять у "розвантажувальні" палати. Для породіль, які через ускладненого перебігу пологів, екстрагенітальних захворювань та операцій змушені залишатися в пологовому будинку на більш тривалий термін, виділяють окрему групу палат або окремий поверх у відділенні.

За кожною породіллею закріплена ліжка і судно з одним номером. Номер ліжка матері відповідає номеру ліжка новонародженого у відділенні новонароджених. Вранці і ввечері виробляють вологе прибирання палат, після третього годування немовлят - прибирання з використанням дезінфікуючих засобів. Після кожної вологого прибирання включають бактерицидні лампи на 30 хвилин. Зміну білизни проводять перед вологим прибиранням приміщень. Постільна білизна змінюють 1 раз на 3 дні, сорочки - щодня, підкладні - перші 3 дні через 4 години, потім - 2 рази на день. Дезінфекція постільних речей проводиться після виписки породіллі в дезкамері, яка представляє собою комплекс устаткування для просочення матраца пароформаліном при температурі $80-90^{\circ}\text{C}$ з наступним сушінням. Оскільки використання дезкамер невігідно в матеріальному плані і призводить до значної псування постільних речей, в даний час широко використовуються спеціальні наматрацники з гіпоалергенним покриттям, що не пропускають вологу, що мають тривалий термін служби і легко піддаються дезінфекції та прання будь-якими засобами, що використовуються в лікувальних установах.

В даний час прийнято активне ведення післяпологового періоду. Після нормальних пологів через 6-12 годин породіллям дозволяють вставати з ліжка, самостійно здійснювати туалет, починаючи з трьох діб, щодня приймати душ зі зміною білизни. Для проведення занять ЛФК в післяпологовому періоді і для читання лекцій використовують радіотрансляцію у палати. Персонал в післяпологовому відділенні миє руки з милом, а при необхідності, обробляє дезінфікуючими розчинами. Після переведення породіллі у II відділення або виписки всіх породіль палати обробляють за типом заключної дезінфекції.

У післяпологовому періоді велике значення має догляд за шкірою немовляти. Два рази на добу всі складки протирають 70% спиртом і стерильним соняшниковою олією. Промежина дитини обмивають теплою водою при кожному сповивання. Сідниці змащують 10% цінкланоліновою маззю або 1% таніновою маззю. Щодня обробляють залишок пуповини 70% спиртом з 0,4% грамідцину. При мокнучій залишок пуповини - 5% розчином перманганату калію. Після відпадання пуповинної залишку пупкову ранку обробляють тими ж розчинами, а при наявності надлишкових грануляцій - ляпісним олівцем. Як правило, пупкова ранка протягом 2-8 днів покривається епітелієм, одночасно відбувається скорочення шкірного пупкового кільця. Ці процеси закінчуються до 2-тижневого віку дитини.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

Асептика - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання потраплянню інфекції в рану.

Антисептика - це комплекс лікувальних заходів при інфекції, що вже розвинулася. Розрізняють такі джерела інфекції, як екзогенна та ендогенна інфекція.

В акушерстві найчастішими воротами потрапляння інфекції є пологові шляхи, молочні залози, післяопераційна рана, пуповинний залишок новонародженого.

Ендогенна інфекція (внутрішня) потрапляє в рану із джерела інфекції, що міститься в самому організмі хворої.

Екзогенна інфекція потрапляє в організм вагітної, роділлі, породіллі чи новонародженого із зовнішнього середовища.

Шляхи передачі екзогенної інфекції: контактний, імплантаційний, повітряний і крапельний.

Контактний шлях - до рани потрапляє інфекція із нестерильних інструментів, перев'язувального матеріалу, недостатньо оброблених рук лікаря чи середніх медичних працівників.

Імплантаційним шляхом збудник потрапляє в рану під час ін'єкцій при неналежній обробці шкіри у місці введення голки, під час накладання швів на промежину за недостатньої якості підготовки роділлі до пологів. Необхідно використовувати для накладання швів простерилізований матеріал, належно обробляти операційне поле, зовнішні статеві органи перед пологами.

Повітряний шлях - зараження рани мікроорганізмами з повітря операційної або маніпуляційної - йому можна запобігти системою очищення повітря, використанням бактерицидних ламп тощо.

Крапельним шляхом інфекція потрапляє в організм хворої або в рану з ротової порожнини персоналу відділення із крапельками слини. Тому в операційній, процедурному кабінеті, маніпуляційній необхідно носити захисну маску, яка запобігає забрудненню повітря у цих приміщеннях.

Внутрішньолікарняна інфекція - це будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло в пацієнта протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло внаслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин і більше після госпіталізації (народження дитини).

Інфекція вважається внутрішньолікарняною у разі:

- набуття її у лікувальному закладі;
- інтранатального інфікування.

Фактори ризику виникнення ВЛІ

До факторів ризику виникнення ВЛІ в стаціонарі належать ендогенні та екзогенні фактори. Для новонароджених найбільш вагомими в розвитку ВЛІ є екзогенні фактори ризику.

Перинатальні:

- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез матері (тривале безпліддя, екстрагенітальна патологія, самовільне переривання вагітності);
- ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання вагітності, запальні уrogenітальні захворювання, гострі респіраторні захворювання, екстрагенітальна патологія);
- перинатальна персистенція цитомегаловірусу, вірусу гепатиту В, герпес-вірусу, ентеровірусів, ротавірусів в організмі матері, плода та новонародженого;
- інтра- та рання постнатальна колонізація новонародженого госпітальними штамми бактерій, що циркулюють у пологовому закладі.

Інтранатальні:

ускладнення пологів (патологічні пологи, прееклампсія, еклампсія, акушерські втручання, кесарів розтин, гостра інтранатальна гіпоксія).

Постнатальні:

- температура в полог. залі або в палаті спільного перебування матері та дитини нижче, ніж 25°C;
- недотримання техніки миття та антисептики рук медичного персоналу;
- заходи реанімації та інтенсивної терапії у новонароджених (інтубація, штучна вентиляція легень, інфузійна терапія, катетеризація магістральних судин, харчування через зонд);
- передчасне народження;
- перинатальна асфіксія;
- перебування новонародженого в акушерському стаціонарі окремо від матері;
- штучне вигодовування;
- застосування катетерів, зондів, шприців багаторазового використання тощо;
- інфекційні ускладнення у породіль, післяопераційні інфекції, сепсис;
- недотримання правил асептики та антисептики; порушення режимів дезінфекції та стерилізації;

- порушення санітарно-протиепідемічного режиму.

Форми ВЛІ гнійно-запальних захворювань, що найчастіше розвиваються у новонароджених:

- піодермія;
- омфаліт;
- імпетіго (пухирчатка);
- пневмонія;
- сепсис, септицемія;
- постін'єкційні інфекції;
- сальмонельоз;
- вірусні гепатити В, С;
- грип, ГРЗ.

у породіль:

- післяопераційні інфекції акушерської рани, у тому числі нагноєння і розходження швів;
- ендометрит;
- перитоніт, у т.ч. після кесарева розтину;
- сепсис;
- мастит;
- постін'єкційні інфекції;
- грип, ГРЗ;
 - пневмонія;
 - цистит, уретрит, пієлонефрит.

Профілактичні та протиепідемічні заходи

Основними заходами профілактики інфекції в акушерському стаціонарі є:

Стерилізація інструментарію, перев'язувального матеріалу, операційної білизни, приладів, що контактують зі статевими органами жінки або операційною ранною.

Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму відділення, й особливо, операційного блоку та відділення новонароджених, здійснення заходів з дезінфекції приміщень

відповідно до режиму стерильності.

Чітке виконання вимог щодо особистої гігієни персоналу відділень, вчасне проходження медичних оглядів, виявлення вогнищ хронічної інфекції в осіб, що працюють в операційних блоках, та їх лікування.

Ретельна обробка операційного поля, рук акушерки та лікарів перед пологами та акушерськими оперативними втручаннями.

Санітарний режим акушерського стаціонару Прибирання приміщень

Вологе прибирання приміщень акушерського стаціонару проводиться за необхідності, але не менше 2 разів на добу, з них 1 раз із застосуванням миючих засобів. Замість кварцування приміщень проводиться їх провітрювання.

Індивідуальні/сімейні пологові палати, зали, післяпологові палати, палати окремого перебування роділь та породіль з інфекційними захворюваннями після виписки або переведення пацієнтів до інших стаціонарів прибираються за типом заключної дезінфекції з наступним провітрюванням. Штори, занавіски, штучні квіти, плакати, якщо вони не

забруднені біологічною рідиною, дезінфекції не підлягають, їх обробку проводять за необхідності.

Після кожної операції проводиться прибирання за типом заключної дезінфекції з наступним провітрюванням. Генеральне прибирання операційних та маніпуляційних проводиться згідно з графіком, затвердженим завідувачем відділення (не рідше 1 разу на 7 днів).

Інвентар для прибирання (відра, тази, ганчірки) після обробки приміщення ретельно вимивають з використанням мийних засобів, виполіскують і висушують. Палати для госпіталізації роділь та породіль з інфекційними захворюваннями мають прибиратися окремими комплектами інвентарю з застосуванням деззасобів, які можна використовувати в присутності пацієнтів.

У кожному відділенні достатньо мати два комплекти інвентарю дія прибирання: окремо для прибирання санітарних кімнат, окремо для інших приміщень відділення. Інвентар для прибирання зберігають в санітарній кімнаті кожного відділення.

Пріоритетним є використання сучасних приладів (комплектів-візочків) для прибирання з дозованим застосуванням мийних засобів.

Акушерський стаціонар закривається у разі необхідності проведення поточного ремонту,

але не частіше 1 разу на рік. Допускається закриття акушерського стаціонару за поверхами.

У разі закриття пологового стаціонару на поточний ремонт регіональні органи охорони здоров'я визначають акушерський стаціонар для забезпечення пологової допомоги.

Збір, дезінфекція, передстерилізаційна очистка інструментарію, стерилізація.

У маніпуляційних необхідно мати медичні ємкості (із решітками всередині) з дезрозчином для:

- замочування інструментів багаторазового використання;
- замочування м'якого інвентарю, перев'язувального матеріалу та гумових рукавичок, шприців, систем для переливання крові та розчинів, гострого та ріжучого інструментарію одноразового використання.

Дезінфекцію, передстерилізаційну очистку медичного інструментарію та обладнання проводять у спеціально виділеному приміщенні.

Медперсонал, який проводить дезінфекцію, передстерилізаційну очистку інструментарію та обладнання, використовує засоби індивідуального захисту. Працює в захисному одязі, в тому числі у фартусі із водонепроникаючого матеріалу, побутових рукавичках, шапочці, масці, захисних окулярах (щитках), взутті, яке не пропускає воду. Пересування в цих засобах захисту по відділеннях акушерського стаціонару забороняється.

Санітарно-протиепідемічні заходи на приймальному відділенні

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

У приймальному відділенні нагадують жінці та партнеру в пологах про необхідність дотримання сучасних підходів до пологів (партнерські пологи виконують не спостережну функцію, а психологічну підтримку роділлі, породіллі та новонародженого), переваги грудного вигодування. У відділенні розміщують яскраві інформаційні матеріали. Під час прийому вагітної акушерка працює в одноразових рукавичках.

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог проводить:

Ретельне знайомство з даними обмінної карти. З'ясування скарг.

Об'єктивне обстеження:

Після опитування акушерка вимірює їй температуру тіла, вагу, оглядає шкіру та зів на наявність запалення, волосся на голові на наявність педикульозу.

Огляд вагітної здійснюють на тапчані, застеленому клейонкою та індивідуальною (лікарняною чи особистою) пелюшкою.

Загальне обстеження:

загальний огляд, температура тіла, пульс, артеріальний тиск, частота дихання, обстеження внутрішніх органів;

Зовнішнє акушерське дослідження:

вимірювання ВСДМ, ОЖ. Визначення терміну вагітності та очікуваної маси плода;

вимірювання розмірів тазу.

визначає положення, вид та позицію плода,

запитує про відчуття рухів плода самою роділлею; аускультация серцебиття плода;

характер пологової діяльності,

Внутрішнє акушерське дослідження:

визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів,

знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;

Лікар встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.

Гоління волосся на лобку вагітної, випорожнюючі клізми рутинно не застосовуються.

При виявленні педикульозу застосовують протипедикульозні засоби.

Молодша медична сестра, акушерка:

- пропонує жінці прийняти душ; усі пацієнтки приймають душ, використовуючи індивідуальні: мило, мочалку, рушник,

- вагітна одягає чистий домашній одяг та взуття (персонал приймального відділення візуально оцінює придатність домашньої білизни та одягу; за відсутності - забезпечують рушником, чистою натільною білизною, халатом, взуттям, яке піддається дезінфекції);

- партнер на пологи переодягається в чистий домашній одяг та змінне взуття (за відсутності

- одноразовий комплект);

- роділля та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

Роділь із відділення патології вагітності переводять для пологів безпосередньо до індивідуальної/сімейної пологової палати, залу, операційної.

Після огляду кожної жінки пелюшку з тапчана замінюють, а клейонку знезаражують.

Поверхні після контакту з кожною пацієнткою обробляють дезінфекційними засобами, призначеними для обробки поверхонь.

Термометри та одноразові шпателі після використання занурюють у ємкості з дезрозчином.

Профілактичні та протиепідемічні заходи під час пологів

Нормальні пологи визначаються як чиста (не стерильна) процедура:

- Партнер або родичі - рекомендується присутність на пологах не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких) - це (сприяє зменшенню показань для медикаментозного знеболювання). Додаткове медичне обстеження родичів не проводиться, за наявності туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання - не допускається.
- Температура у пологовому залі повинна становити 25°C, при передчасних пологах 28°C (профілактика гіпотермії).
- Одяг - дозволяється використання чистого домашнього одягу, домашньої постільної білизни.
- Заохочення самотійно прийняти ванну чи душ під час пологів.
- Перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи і промежину роділлі обмивають чистою теплою водою.
- Кількість внутрішніх акушерських досліджень - згідно з партограмою.
- Широке використання не медикаментозних засобів для знеболення, обмеження медикаментозного знеболення.
- Обережне використання гострого інструментарію.
- Інструментарій та перев'язувальний матеріал для пологів - стерильний.

Перед прийомом пологів акушерка:

- а) миє руки,
- б) надягає на чистий робочий одяг:
 - продезінфікований гумовий фартух,
 - чистий халат. У разі можливості оптимальним є використання одноразового халату, виготовленого з водовідштовхуючого матеріалу.
 - одягає засоби для захисту обличчя: маска (бажано одноразова), окуляри (щиток) шапочку,
- в) проводить гігієнічну антисептику рук, г) надягає стерильні гумові рукавички.

Відразу після народження акушерка здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає дитину на живіт матері, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Контакт «шкіра до шкіри» проводиться у пологовій/сімейній палаті (залі) не менше 2 годин (колонізація материнською мікрофлорою).

При операції КР н/н може викладатися на груди до батька (за умови його згоди, що сприяє колонізації новонародженого мікрофлорою родини) з наступною обробкою за загальними правилами.

Клема на пуповину - виключно одноразова стерильна клема (обробка пуповини антисептиками або антибіотиками не проводиться);

Прикладання до грудей матері при появі пошукового та смоктального рефлексу.

Мінімізація методів інвазивного втручання дозволяє значно знизити ризик ВЛІ:

- гоління волосся на лобку вагітної, випорожнюючі клізми рутинно не застосовуються;
- слиз з ротової порожнини новонародженого відразу після народження видаляється лише за необхідності одноразовими стерильною грушею або катетером з електровідсмоктувачем;
- перевірка прохідності стравоходу у здорових новонароджених рутинно не проводиться;
- катетеризація сечового міхура породіллі проводиться лише за показаннями;
- обробка швів на промежині спеціальними розчинами не проводиться, достатньо дотримання жінкою правил особистої гігієни.

Профілактичні та протиепідемічні заходи у післяпологовому періоді

Профілактика маститіву породіль та формування нормальної мікрофлори кишечника новонародженого здійснюється шляхом активної підтримки правил грудного вигодовування.

Одним з найважливіших факторів попередження виникнення ВЛІ є індивідуально спільне перебування матері і дитини (мати-дитина в окремій палаті).

Мінімальне втручання медперсоналу в процес догляду за новонародженим. Якщо жінка не може самостійно доглядати дитину, їй можуть допомагати члени родини, медичний персонал. Дотримання правил гігієни рук є обов'язковим.

Дозволяються відвідування і дитини близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллею.

Виписка за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-тю добу після пологів.

Гігієнічне миття рук, антисептика рук * Показання для гігієнічного миття рук:

- перед і після фізичного контакту з пацієнтом;
- після відвідування туалету;
- перед приготуванням і роздачею їжі;
- у всіх випадках, коли руки явно забруднені.

Показання для гігієнічної антисептики рук:

- перед та після будь-якої маніпуляції з новонародженим, роділлями та породіллями;
- перед та після проведення маніпуляцій, пов'язаних з можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок пацієнта (обробка пуповинної рани, ін'єкції, установлення катетерів та зондів тощо);
- перед та після контакту з рановими поверхнями, інфікованими ранами;
- при контакті з стерильним матеріалом та інструментарієм;
- після контактів з біосубстратами хворого (кров, ліквор, сеча та ін.);
- після контакту з абіогенними об'єктами, потенційно контамінованими госпітальною мікрофлорою (прилади, катетери, зонди та ін. після їх використання);
- після контактів з інфекційними хворими;
- при догляді за пацієнтами, коли необхідно після обробки забруднених місць перейти до чистих;
- перед і після надягання медичних рукавичок;
- перед виходом з палати.

Використання рукавичок ***Нестерильні чисті рукавички використовують:**

- при рутинному огляді новонародженого, роділлі, породіллі, окрім випадків, зазначених у пункті 15 цього додатка;
- при роботі з біологічним матеріалом від хворих;
- при заборі крові;
- при проведенні внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій;
- при проведенні очистки та дезінфекції;

Стерильні рукавички обов'язково використовують при:

- усіх хірургічних оперативних втручаннях;
- інвазивних маніпуляціях;
- введенні стерильною голкою в глибокі тканини або рідини організму лікарських форм (внутрішньовенні інфузії, отримання біопроб для досліджень);
- установленні катетера або провідника через шкіру;
- маніпуляціях, пов'язаних з контактом стерильного інструментарію з інтактними слизовими оболонками (цистоскопія, катетеризація сечового міхура);
- первинному огляді новонародженого;
- вагінальному обстеженні;
- бронхоскопії, ендоскопії шлунково-кишкового тракту, санації трахеї;
- введенні периферійної внутрішньовенної або артеріальної канюлі.

* Джерело. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 №234. Про організацію профілактики ВЛІ в акушерських стаціонарах.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Етіологічні чинники післяпологових інфекційних захворювань та їх особливості?
2. Фізіологічні протиінфекційні бар'єри жіночого статевого тракту?
3. Особливості гуморального та клітинного імунітету у вагітних та породіль?
4. Особливості родового тракту у породіль, що сприяють виникненню післяпологових інфекційних захворювань?
5. Фактори, що виникають під час вагітності і сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань?
6. Фактори, що виникають під час пологів і сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань?
7. Фактори післяпологового періоду, що сприяють розвитку післяпологових інфекційних захворювань?
8. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань?
9. Профілактика післяродових інфекційних захворювань?

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.32-49