

Организация эпидемиологического надзора за ВБИ у новорожденных и родильниц

Эпидемический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ;
- анализ заболеваемости (ретроспективный, оперативный) новорожденных и родильниц;
- анализ заболеваемости медицинского персонала;
- микробиологический мониторинг;
- определение групп и факторов риска возникновения ВБИ;
- определение предвестников и предпосылок осложнения эпидемиологической обстановки;
- оценку и прогнозирование ситуации по ВБИ;
- оценку эффективности проводимых мер профилактики.

ВБИ в акушерском стационаре - гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных и родильниц, возникшие в период пребывания или в течение 7-и дней после выписки.

Случай ВБИ регистрируется отдельно. Информацию о случаях ВБИ необходимо получать в акушерских стационарах, детских больницах, поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и др.

Перечень нозологических форм, подлежащих учету, и регистрации у новорожденных и родильниц представлен в приказе № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (1997 г.).

В российско-американском проекте сотрудничества по здравоохранению «Мать-дитя» представлены стандартные определения случаев ВБИ новорожденных и родильниц.

Стандартные определения случаев ВБИ родильниц

Послеродовой менитрондометрим

1. Лихорадка выше 37,5°C
2. Болезненность матки.
3. Патологические выделения из матки.

Основанием для постановки диагноза метротондометрита служит наличие в клинической картине не менее 2-х приведенных критериев.

Случай послеоперационных ГСИ после операции кесарева сечения, после оперативных способов в родах (энзиномия, перинеотомия, наложение швов на разрывы области промежности, влагалища, шейки матки).

Новорожденная раневая инфекция.

1. В инфекционный процесс вовлекается кожа и (или) подкожные ткани в области разреза.
2. Имеется хотя бы один из следующих признаков воспаления:

гнойное отделяемое из поверхностного разреза; выделена культура микроорганизма из очага воспаления в количестве более 10^3 степени (при условии соблюдения правильной техники забора материала); правильная боль, болезненность, отек, краснота, жар; несостоятельность шва (самостоятельное расхождение краев раны);

намеренное раскрытие раны (при наличии положительных результатов микробиологических исследований).

Лихорадочная раневая инфекция

1. Вовлекает глубокие мягкие ткани в области хирургического вмешательства, но не орган или полость.
2. Имеется хотя бы один из следующих признаков:

гнойное отделяемое из глубины разреза в области вмешательства; выделение культуры микроорганизма из жидкости или ткани, полученной с соблюдением аспектики; несостоятельность шва (самостоятельное расхождение нечлененных признаков: лихорадка выше 37,5°C, локальная боль, болезненность, инфильтрация, покраснение, жар; намеренное раскрытие раны хирургом при наличии любого из перечисленных критериев: лихорадка > 37,5 градусов, локальная боль, болезненность, инфильтрация,

покраснение, жар;

- при повторном оперативном вмешательстве или с помошью инструментальных методов диагностики обнаружен, гнойный очаг (абсцесс, флегмона или иные признаки инфекции).

Инфекция органа и полости после операции кесарева сечения

Инфекция вовлекает матку и органы брюшной полости (перитонит, абсцессы малого таза, тромбофлебит глубоких вен малого таза).

1. Гнойное отделяемое по дренажу, оставленному в брюшной полости и/или из матки.

2. Выделение культуры микроорганизма из отделяемого дренажей или из матки.

3. Наличие признаков воспаления при патогистологическом исследовании отделяемого матки, полученного при выскабливании, проводимом с лечебной целью.

4. Несостоятельность швов на матке, выявленная при УЗИ.

5. Проводится повторное оперативное вмешательство, в ходе которого обнаружены признаки гнойного процесса в области матки или брюшной полости.

Для активного выявления ВБИ ориентируются на начальные признаки (симптомы) инфекции родильницы. К ним относятся:

1. Субъективные жалобы.

2. Наличие субфебрилита в течение 1-2-х дней.

3. Однократный подъем температуры до 38°C и выше.

4. Субинвазия матки, в том числе

диагностированная методом УЗИ.

5. Умеренный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг в формуле «белой» крови, ускоренная СОЭ.

6. Отсутствие выделений или скучные выделения (лохикометра, гематометра).

7. Случай минимальной местной воспалительной реакции в области швов на коже и подкожной клетчатки.

8. Гематома шва с минимальными признаками местной воспалительной реакции.

9. Минимальное воспаление, ограниченное точками проникновения швового материала.

10. Состояния, требующие проведения малых оперативных способов, (опорожнение гематометры, лаваж полости матки), назначения инфузионной, дезинтоксикационной, антибактериальной терапии.

11. Патологический лактостаз.

Стандартные определения случаев ГСИ новорожденных

Стандартные диагностические критерии используются при постановке диагноза клинически выраженной формы ГСИ новорожденных, подлежащих официальной регистрации. *Грехобронхит*. При отсутствии признаков пневмонии у пациента имеется, по крайней мере, два из следующих критерии:

1. Появление или усиление продукции мокроты.
2. Изменение характера мокроты.
3. Выделение микроорганизмов из мокроты

Пневмония. Рентгенологические исследования грудной клетки показывают вновь возникшую или прогрессирующую инфильтрацию и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. Паращение количества мокроты
 2. Изменение характера отделяемой мокроты
 3. Выделение микроорганизмов из мокроты
- Инфекция эследочно-кишечного тракта*. Диагноз инфекции яслесудочно-кишечного тракта должен соответствовать хотя бы одному из следующих критерий:
1. Абсцесс или иные проявления инфекции, наблюдаемые во время хирургического вмешательства или подтверждаемый гистопатологическими данными

Имеются, по крайней мере, два из ниже перечисленных признаков, необъяснимых никакими иными известными причинами: изменение характера и учащение стула 6 и более раз в течение 2 суток.

- выделение микроорганизмов в посевах желудочного содержимого;
 - вздутие живота, рвота, застой, отсутствие стула в течение 1 суток, изменение толерантности к питанию
- Перитонит.* Диагноз перитонита должен соответствовать, по крайней мере, трем из ниже перечисленных критериев:
1. Парез кишечника: отсутствие стула в течение 1 суток, отсутствие перистальтики.
 2. Изменение кожи передней брюшной стенки (гиперемия, отек, инфильтрация).
 3. Изменения в клиническом анализе крови,
 4. Рентгенологические признаки выпота в брюшной полости или свободного газа.
- Бактериемия.* Наличие бактерий в крови, которое подтверждено положительной гемокультурой при отсутствии признаков септического состояния.
- Сепсис.* Диагноз сепсиса должен соответствовать, по крайней мере, трем из ниже перечисленных критериев (если нет других явных причин появления данных признаков):
1. Положительный бактериальный высып из крови или ликвора и/или положительный высып одного и того же возбудителя из 2-х и более биосубстратов.
 2. Стойкий, более 12 часов, метаболический ацидоз (с ВЕ менее 8 или/и pH <7,2).
 3. Гипогликемия (2,2 ммоль/л), требующая инфузии глюкозы или гипергликемия (более 10,0 ммоль/л) продолжительностью более 12 часов.
 4. Нарушение функции ЖКТ: изменение характера и учащение стула, вздутие живота, рвота, застой, отсутствие стула в течение 1 суток, изменение толерантности к питанию, парез кишечника, пневмoperитонеум.
 5. Изменения кожи и слизистых: ранняя или затянувшаяся желтуха (более 10 дней жизни), повышенная кровоточивость слизистых, манерации, геморрагическая сыпь.

6. Количество лейкоцитов крови менее 5000 или более 25000/мм³ в первую неделю жизни более двух исследований подряд.

7. Неадекватная лечению картина красной крови или нарастающая анемия.

8. Тромбоцитопения менее 70 000 и/или наличие деградации тромбоцитов и признаков недостаточности периферического кровообращения – симптом «белого пятна» или «растянутая кожа» более 3 сек. (*Септический шок*). Диагноз септического шока должен соответствовать следующим признакам:

1. Наличие сепсиса.
2. Недостаточность центральной гемодинамики и/или наличие геморрагического синдрома.

Инфекция кожи. Инфекция кожи должна соответствовать хотя бы одному из следующих критериев:

Критерий 1: гноенеистечение, пустулезные высыпания, пузьрковые высыпания или фурункулы.

Критерий 2: имеются, по крайней мере, два из ниже перечисленных признаков в инфицированной области: локализованные боли или болезненность, припухлость, покраснение, жар и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. Выделение микроорганизма в посеве аспираата или отделяемого из области инфицирования, при обнаружении микроорганизмов нормальной кожной флоры необходимо получить чистую культуру одного микроорганизма.

Критерий 2: выделение микроорганизма в посеве крови.

Омфалит. Диагноз омфалита новорожденных (в возрасте меньше 30 дней) должен соответствовать хотя бы одному из следующих критериев:

Критерий 1: эритема и/или отделение сукровицы из пупочной ямки и хотя бы одного из перечисленных обстоятельств:

1. Выделение микроорганизма в посеве аспираата или отделяемого.

2. Выделение микроорганизма в посеве крови.

Критерий 2: эритема и гноистечение из пулочной ямки.
конъюнктивита

Диагноз

должен

соответствовать хотя бы одному из следующих критериев:

Критерий 1: выделение микроорганизма в посевах

гнойного экссудата, полученных из конъюнктивы глаза или прилегающих тканей (века, роговицы, слезных желез).

Критерий 2: болезненность или покраснение

конъюнктивы или тканей, окружающих глазное яблоко и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. Наличие лейкоцитов и патогенных

микроорганизмов в грамокрашенных мазках экссудата

2. Гнойный экссудат.

Инфекции центральной нервной системы. К инфекциям центральной нервной системы носятся менингит, вентрикулит, абсцесс головного мозга, субдуральная или эпидуральная инфекция, энцефалит.

Инtrakраниальные инфекции. Диагнозы интракраниальных инфекций (абсцесс головного мозга, субдуральная или эпидуральная инфекция, энцефалит) должны соответствовать.

Имеются, по крайней мере, два из ниже перечисленных признаков, необъяснимых никакими другими известными причинами: апноэ, локализованные неврологические проявления, клонические судороги и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. Данные УЗИ, подтверждающие наличие инфекции.

2. Воспалительные изменения в анализе крови.

Менингит или вентрикулит. Менингит или вентрикулит должны соответствовать. Имеются, по крайней мере, два из ниже перечисленных признаков, необъясним никакими другими известными причинами: апноэ, ригидность шейных мышц, менингальные проявления, положительный симптом подвещивания, клоникотонические судороги и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. Повышенные уровни лейкоцитов (цитоз более 300/3 при отсутствии макрофагов) и белка (выше 0,9 г/л) и/или пониженный уровень глукозы спинномозговой жидкости.

2. Выделение микроорганизмов в посевах спинномозговой жидкости.

Доказательные формы гнойно-септических инфекций новорожденных:

- токсическая эритема;
- пеленочный дерматит;
- затрудненное носовое дыхание;
- отек, эритема околопупочной области;
- спрыгивание;
- отсутствие перистальтики кишечника, стула;
- изменение цвета стула;
- отек, покраснение век, конъюнктивы;
- слезотечение.

Признаки (предпосылки и предвестники) осложнения эпидемиологической ситуации

Предпосылки могут способствовать ухудшению эпидемиологической ситуации. Они делятся на 2 группы.

К предпосылкам, связанным с санитарно-техническим состоянием относятся:

- недостаточное оснащение оборудованием, инструментами, перевязочным материалом, лекарствами и др.;
- недостаточный набор помещений, перекрест технологических потоков;
- аварийные ситуации на водопроводных и канализационных сетях, перебои в подаче горячей и холодной воды;

нарушения в тепло- и энергоснабжении; перебои в поставке дезинфицирующих средств, белья и т.д. Предпосылки, связанные с организацией работы стационара и контингентом лиц, поступающих в него:

перегрузка стационара;

- нарушения цикличности заполнения палат;
- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары.
- При выявлении предпосылок ухудшения эпидемиологической ситуации комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий усиливается.
- Предвестники осложнения эпидемиологической обстановки говорят о уже начавшейся активизации эпидемического процесса:
 - рост уровня заболеваемости ВБИ новорожденных и/или родильниц;
 - рост ВБИ после оперативных пособий в родах, после проведения инвазивных манипуляций;
 - изменение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса. Появление случаев ВБИ с множественной локализацией;
 - изменение в соотношении легких и тяжелых форм ВБИ. Рост тяжелых форм говорит либо о недоучете легких форм, либо об эпидемиологическом неблагополучии;
 - увеличение доли генерализованных форм в структуре заболеваемости (обычно соотношение 1:10 и менее);
 - изменение характера микрофлоры, циркулирующей в роддоме, увеличение количества выделяемых культур и числа патологических локусов, откуда выделяются микроорганизмы. Появление микробных ассоциаций;
 - преобладание одной из клинических форм ВБИ новорожденных и родильниц;
 - изменение этиологической структуры заболеваемости, выделение преимущественно одного вида возбудителей;
 - появление одновременно возникших случаев заболеваний (два и более), связанных между собой;
 - рост заболеваемости гнойно-воспалительными и другими инфекциями у медицинского персонала;
 - возрастание числа диагнозов «внутриутробная инфекция»;
 - увеличение доли детей и родильниц, переводимых из роддома в стационары;

- увеличение числа пациентов с поздней выпиской из роддома (свыше пяти дней после родов).

Очень важно в ходе оперативного анализа выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия и для предотвращения дальнейшего осложнения ситуации провести необходимые мероприятия. Если устраниить предпосылки и предвестники ухудшения эпидемиологической ситуации невозможно, ставится вопрос о закрытии родильного дома.

Мероприятия по профилактике ВБИ

Организационные мероприятия включают:

1. Создание комиссии по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, которая:
 - координирует организацию и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий;
 - разрабатывает и организует систему сбора информации обо всех случаях ВБИ и донозологических состояний (доклинических форм) с выделением ответственных лиц в каждом отделении;
 - разрабатывает эпидемиологически безопасные алгоритмы выполнения основных манипуляций и процедур;
 - создает систему активного выявления случаев ВБИ;
 - принимает участие в расследовании групповых случаев ВБИ совместно с персоналом отделения, где они имели место;
 - осуществляет контроль над применением антибиотиков с профилактической и лечебной целью;
 - разрабатывает принципы организационно-ограничительных мер в отношении источника инфекции.
2. Введение должности врача-эпидемиолога (заместителя главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам), который является заместителем председателя комиссии по профилактике ВБИ (функции госпитального врача-эпидемиолога освещены в гл. 9).

Роженице предоставляется возможность передвижения во время родов и изменения положения тела (родовой стол, функциональная кровать).

Организуется питание и питье в родах.

Ведение физиологических родов предусмотрено без медиакаментозного обезболивания.

Родостимуляция начинается по строгим медицинским показаниям и в соответствии с физиологической продолжительностью родов.

Женщине предоставляется возможность рожать в том положении, в котором она хочет, для этого ее обучаю и показывают различные положения родов (сидя, стоя, лежа на боку). Второй период родов ведется физиологично без эпизиотомии. Применение эпизиотомии только по строгим показаниям. Потужной период должен быть физиологичным и регулироваться самой женщиной. Прорезывание головки и внутренний поворот плечиков происходит самопроизвольно, без активного участия акушерки. Третий период родов ведется активно.

При операции кесарево сечение при выборе метода обезболивания предпочтение отдается спинальной или эпидуральной анестезии. Кожный контакт при использовании спинальной или эпидуральной анестезии осуществляется в операционной (если позволяет состояние женщины), при эндотрахеальном наркозе – сразу же после окончания операции, как только мама начнет реагировать на ребенка, но не позднее 4 часов от момента операции.

В послеоперационной палате необходимо создать условия для совместного пребывания матери и ребенка. Уход за новорожденным должна осуществлять детская медсестра или обученная уходу за новорожденным медсестра-анестезистка.

Возможна помощь по уходу за матерью и ребенком со стороны родственников.

Сразу после рождения ребенка вытирают теплой пеленкой и выкладывают на живот матери (кожный контакт).

На голову ребенка надевают шерстяную шапочку, на ножки – шерстяные пинетки. Ребенка на животе у матери укрывают сухой пеленкой и одеялом. Теплые пеленки должны быть приготовлены заранее.

Пережатие пуповины спустя приблизительно 1 минуту после рождения считается наиболее приемлемым вариантом, при условии нахождения ребенка на груди у матери.

Наиболее эффективным и дешевым способом зажима пуповины является использование резиновой стерильной повязки, возможно пластмассовым зажимом или скобкой Рогозина.

У необследованных женщин или ВИЧ-инфицированных во избежание разбрзгивания крови пересечение пуповины следует выполнять, предварительно наложив на нее небольшой марлевый тампон.

Профилактика гонобленнореи осуществляется на животе у матери через час после рождения.

Отсасывание спизи является нефизиологичным, проводится только по показаниям (когда имеет место мекониальное окрашивание околоплодных вод).

Все процедуры (обработка кожи ребенка, пуповины, извещивание) осуществляют спустя два часа. Наложение зажима на пуповину возможно на животе у матери. Пуповину необходимо обтереть стерильной салфеткой, другой обработки не требуется. Смазка с кожи ребёнка снимается только по желанию женщины. Она является физиологичной и предохраняет кожу ребёнка от инфицирования и повреждений.

Матери даётся краткая информация о преимуществах грудного вскармливания и важности кормления грудью и получение правильному первому прикладыванию к груди.

Первое прикладывание к груди осуществляется, когда ребёнок и мать будут готовы. Индивидуальный подход от 30 минут до одного часа. Медицинский персонал должен проеконтролировать правильность первого прикладывания. Ребёнок остается с матерью (кожа к коже) сразу после приёма и до завершения кормления грудью.

В случае рождения глубоко недоношенного или больного ребенка, который будет находиться в ПИТе и не готов сразу сосать грудь, женщину начинают обучать сжевыванию грудного молока и помогают сгладить несколько капель молозива в родильном зале. Важно дать ребенку это молозиво через назогастральный зонд или из чашки. Большого ребёнка в ПИТ может сопровождать отец или другой родственник, пока мама находится в родильном зале.

Если мать находится под влиянием седативных средств или утомлена, медперсонал должен помочь ребенку найти грудь и начать первое кормление, в лучшем случае, без каких-либо усилий со стороны матери.

Перевод мамы и ребенка в послеродовое отделение осуществляется совместно.

Во время родов медицинский персонал надевает чистую одежду: халат на каждые роды, фартук, очки, стерильные перчатки, (маска и шапочка по желанию персонала в целях индивидуальной защиты). Масочный режим только в период эпидемии.

В послеродовом отделении совместного пребывания матери и ребенка предусмотрено ограничение передвижения рожениц и новорожденных в различные помещения акушерского стационара. Максимальное количество необходимых процедур (инъекций, прививки и др.) должно выполняться в палатах

Должно быть организовано посещение родственников, при этом отсутствует необходимость в смене одежды и обуви (если они чистые) у посетителей родильного дома. Как показали исследования, ограничение посещений не способствовало предотвращению инфекции. Посещение близких родственников не влияет на процент бактериальной зараженности младенцев.

Подмыwanie новорожденного осуществляется проточной водопроводной водой. Мытье головы и тела ребенка под краном не проводится. Если используется купание – не ранее,

чем через 6 часов после рождения, с соблюдением всех правил тепловой защиты.

Взвешивание новорожденного не должно быть рутинно ежедневным. При нормальном протекающем раннем неонатальном периоде достаточно 2-кратного взвешивания (при рождении и перед выпиской). Не показательны и вредны для матери и ребенка так называемые «контрольные взвешивания». Ежедневное взвешивание проводится только у больных и маловесных детей по медицинским показаниям.

Бактериологические исследования новорожденного проводятся по показаниям.

Антисептическая обработка молочных желез не проводится.

Обработка промежности – по показаниям.

Ведение швов на промежности также без использования антисептика, только личная гигиена.

Грудное вскармливание – по требованию ребенка, а не по часам.

В послеродовых отделениях разрешено использование юмадинного белца, фабричных гигиенических прокладок. Для новорожденных можно использовать личные распашонки, ползунки, пеленки, памперсы.

Применяется свободное пеленание. Во всех отделениях роддома средства индивидуальной защиты (маски, шапочки) используются при проведении инвазивных процедур. Масочный режим вводится только в период эпидемии.

Если ребенок находится в палате интенсивной терапии, разрешен допуск родителей и родственников к ребенку. Одежда родственников – сменная обувь, чистая одежда или одноразовый халат.

В палате интенсивной терапии при выхаживании маловесных детей применяется метод «Кентуру» – ребенок фиксируется на груди у матери или отца на несколько часов. Снижается риск гипотермии, перекрестных инфекций и ВБИ, улучшается общее психомоторное развитие, улучшается функционирование сердечно-сосудистой и дыхательной систем ребенка.

При уборке помещений кварцевание заменено проветриванием.

Наружный осмотр проводится персоналом в одноразовых перчатках. Инвазивные манипуляции выполняются в стерильных перчатках. В отделении используется только одноразовые полотенца или салфетки.

В настоящее время всесторонне исследовано возможное и профилактического назначения антибиотиков с целью уменьшения материнской заболеваемости после кесарева сечения. При этом показаны несомненные преимущества антибиотиков уменьшающих относительный риск эндометрия и раневой инфекции в одинаковой степени при плановом кесаревом сечении и при неотложных вмешательствах. Отрицательное воздействие антибиотиков на ребенка может быть уменьшено за счет профилактического введения препарата после пересечения пуповины. Использование трех или пяти доз антибиотиков по сравнению с однократной дозой для профилактики инфекции при кесаревом сечении не сопровождается какой-то дополнительной выгодой.

Недостатки длительных курсов антибиотиков, влияющих на женщин и младенцев при кормлении их грудью, а также дополнительными финансовыми расходами могут перевесить преимущества их большей профилактической эффективности в сравнении с короткими курсами или режимом однократного введения.

Представляется целесообразным назначение антибиотиков в следующих случаях: преждевременные роды, лихорадка в период родов, длительный безводный период, при условии, если срочный анализ на стрептококк оказался положительным или такой анализ недоступен.

Профилактическая антибиотикотерапия назначается за 30 мин. до начала инвазивной процедуры для создания адекватного уровня содержания антибиотика в крови во время процедуры.

Однократная доза антибиотика является достаточной и не менее эффективной для предотвращения инфекции, чем трехкратное введение антибиотика в течение 24 часов. Если процедура продолжается более 6 часов и кровопотеря составляет 1500 мл и более, следует ввести вторую дозу антибиотика для поддержания адекватного уровня в крови во время процедуры.

4. Архитектурно-планировочные решения предусматривают:
 - рациональную планировку и размещение отделений по этажам;
 - Не рекомендуется включение гинекологических отделений в состав родильных домов;
 - разграничение технологических потоков пациентов, оптимизацию системы приточно-вытяжной вентиляции для обеспечения необходимого воздухообмена.

Профилактика отдельных нозологических форм

В структуре ВБИ новорожденных первое ранговое место занимает **конъюнктивит**. В акушерских стационарах применяют промывание глаз для профилактики воспалительных заболеваний. Исследованиями установлено, что широкое использование различных растворов антисептиков не приводит к снижению заболеваемости. Кроме того, химические компоненты препараторов могут вызвать воспаление слизистой оболочки глаза, и при присоединении бактерий, вегетирующих на коже, развивается гнойный процесс. В течение пребывания в роддоме при ежедневном применении антисептиков на слизистой искусственно уничтожается вся Микрофлора. При выписке из роддома в томапных условиях идет активное заселение слизистых и возможна развитие конъюнктивита, так как обработка прекращается. Рекомендуется рутинную обработку глаз не проводить.

В родильном доме проводится профилактика гонобленнореи 1%-ным раствором нитрата серебра или 30%-ным раствором сульфацила натрия (альбуцид), и больше ничего не применяют.

Внедрение новой технологии обработки рук медицинского персонала способствует снижению частоты гнойного конъюнктивита.

Для профилактики заболеваний кожи и подкожной клетчатки применяется кожный контакт «кожа к коже» – ребенок сразу после родов выкладывается на живот или грудь матери. Такой контакт способствует заселению кожных биотопов новорожденных материнской флорой. Нашиими исследованиями процесса колонизации кожных биотопов в динамике (через 2 часа после родов, через сутки после родов и на пятый день жизни) установлено, что в отделениях «мать-дитя» процесс заселения идет более интенсивно. Уже через 2 часа после родов у 40,5% детей выявлена обсемененность от 1 до 3-х биотопов (исследовалась шейная и паховая складки, подмышечная впадина), в отличие от детей, не имевших контакта с матерью (13%). К концу первых суток в отделении «мать-дитя» у 73% новорожденных наблюдалась массивная обсемененность кожных складок, в отделениях с раздельным пребыванием – у 59,5%. Причем в отделении «мать-дитя» выделялись представители нормальной микрофлоры (кишечная палочка, различные виды стафилококков), а в отделениях с раздельным пребыванием вместе с нормальной микрофлорой выделялись гостеприимные штаммы.

В родильных пуповинах пупочного остатка менее эффективны в сравнении с «сухим ведением».

При ведении пупочного остатка «сухим способом» обработка не производится. Необходимо, чтобы пупочный остаток отпал самостоительно. Хирургические методы удаления остатка (обрзование) не используется. Если пупочный остаток не отпал в родильном доме, возможна выписка ребёнка. Правила ухода за остатком: купать ребёнка обычным способом, насухо вытираять остаток, содержать в чистоте.

Для профилактики *макититов* и *абсцессов молочных желез* предлагается соблюдение правил грудного вскармливания – предотвращение образования трещин сосков, задержки молока.

Снижение заболеваемости ВБИ у новорожденных и родильниц способствует применение всего комплекса мер борьбы и профилактики и внедрение новых технологий родовспоможения и перинatalного ухода.

По данным специалистов Пермской области применение новых технологий позволило снизить ВБИ новорожденных в 1,2 раза; родильниц – в 1,3 раза, а совместная работа родильных домов с женскими консультациями по активному выявлению беременных с высоким риском осложнения в родах с последующим адекватным лечением дало снижение внутриутробного сепсиса в 2,2 раз.

3.2. Хирургические стационары

Частота ВБИ в хирургических стационарах зависит от типа операции и принадлежности пациента к группе риска. Гермины «хирургическая раневая инфекция», «хнойно-сантитическая инфекция», «послеоперационная инфекция» не всегда отражают смысл понятия и являются либо слишком широкими (послеопрарационные инфекции включают и пневмонию, что не связано непосредственно с операцией), либо слишком узкими, например, перitonит или абсцессы не «раневая инфекция», а инфекция полости.