

Литература

1. Арумова Е.А., Динева А.И. Находки *Ixodes stromi*, Fil., 1957 г., в Западном Саяне // Мед. паразитология и паразитар. болезни. 1973. № 3. С. 353.
2. Злобин В.И., Борисов В.А., Верховина М.М. и др. Клещевой энцефалит в Восточной Сибири. – Иркутск: РИО ВСНЦ Сибирского отделения РАМН, 2002. – 184 с.
3. Коренберг Э.И. Эрлихиозы – новая для России проблема инфекционной патологии // Мед. паразитология и паразитар. болезни. 1999. № 4. С. 10 – 16.
4. Рудакова С.А. Иксодовые клещевые боррелиозы в сочетанных природных очагах трансмиссивных инфекций Западной Сибири: Автореф. дис. ... д.м.н. – Омск, 2007. – 38 с.
5. Хазова Т.Г. Результаты паразитологического мониторинга природных очагов клещевых инфекций в Красноярском крае / Современная ситуация и перспективы борьбы с клещевыми инфекциями в XI веке: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. – Томск, 2006. С. 141 – 143.
6. Хазова Т.Г. Эколого-паразитологическая характеристика природных очагов КЭ в Красноярском крае // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (Новосибирск). Материалы конференции, посвященной 70-летию открытия вируса КЭ. (Владивосток). 2007. С. 94 – 97.
7. Шпынов С.Н. Эколого-эпидемиологические и молекулярно-генетические аспекты изучения природных очагов риккетсиозов и эрлихиозов в России: Автореф. дис. ... д.м.н. – Омск, 2004. – 42 с.
8. Шпынов С.Н., Рудаков Н.В., Ястребов В.К. и др. Выявление новых генотипов риккетсий группы клещевой пятнистой лихорадки на юге Урала, в Сибири, на Дальнем Востоке и в Казахстане // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005. № 1. С. 23 – 27.

Принципы борьбы с внутрибольничными инфекциями и их профилактики в родовспомогательных учреждениях

(Предложения к проекту новых санитарно-эпидемиологических правил)

Е.П. Ковалева, А.И. Заргарянц

ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (info@crie.ru)

Резюме

Обоснована важность разработки санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, позволяющих определить основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мер, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости внутрибольничными инфекциями пациентов родовспомогательных учреждений.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, родовспоможение

Principles of Control and Prevention of Nosocomial Infections in Maternity Homes

(Proposals to draft new sanitary and epidemiological rules)

E.P. Kovaleva, A.I. Zargarjanc

Central Research Institute of Epidemiology of Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Well-Being (info@crie.ru)

Abstract

Reasoned the development of sanitary-epidemiological rules and standards for determining the basic requirements for the complex institutional, health care, sanitation and epidemic (preventive) measures aimed at preventing and reducing the incidence of nosocomial infections of patients obstetric facilities.

Key words: the nosocomial infections, obstetric facilities

Краткий экскурс в изучение проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) в нашей стране показывает, что именно вопросы эпидемиологии и профилактики ВБИ в родовспомогательных учреждениях привлекли первоочередное внимание специалистов. Высокие уровни заболеваемости новорожденных и родильниц, возникновение вспышек побудили сосредоточиться на выявлении закономерностей эпидемического процесса ВБИ в родильных домах (отделениях) и разработке мер борьбы и профилактики. Коллективы ЦИУ врачей (ныне РМАПО), ФГУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора, ФГУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, ГУ «НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» РАМН почти одновременно приступили к изучению этой проблемы.

Шел поиск рациональных форм и методов работы, разрабатывалась система эпидемиологического надзора, быстро вносились коррективы в сложившийся комплекс мер борьбы и профилактики. Была обоснована неэффективность вакцинации беременных женщин стафилококковым анатоксином, осуществлявшаяся в масштабах всей страны до 1980 года. Как показали исследования, прекращение вакцинации не повлияло на заболеваемость новорожденных, что же касается родильниц, то у привитых женщин заболеваемость ВБИ оказалась выше, чем у непривитых.

Важной вехой в оптимизации мер борьбы и профилактики ВБИ стало прекращение плановых обследований медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка и санации вы-

явленных носителей. Эта мера, апробированная в совместной работе с ГорСЭС (ныне ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве») сначала в ряде родильных домов Москвы (1989 г.), нашла затем отражение в официальных документах эпидемиологической службы столицы и далее в целом в стране.

Широкомасштабная неоднократная санация – мера не только неэффективная, обеспечивающая лишь кратковременный эффект, но и вредная, приводящая к нарушению нормального биоценоза слизистых оболочек носа, к ускорению темпов эволюции возбудителей и начинающейся колонизации слизистой носа протеом, серрациями и другими микроорганизмами, обычно обитающими в иных естественных биотопах. В зарубежных странах обследование на носительство стафилококка и стрептококка отменено еще в середине прошлого века.

Прекращение обследования на носительство золотистого стафилококка и санации носителей среди медицинского персонала не только не сказалось неблагоприятно на эпидемиологической обстановке, но и позволило предотвратить немалый экономический ущерб. Обследование персонала на носительство этого возбудителя и санацию носителей стали считать оправданными лишь в особо сложной эпидемиологической обстановке.

26 ноября 1997 года был издан приказ № 345 Минздрава России «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», вступивший в силу с января 1998 года. Приказ предусматривал новые положения по санитарно-эпидемиологическому режиму, прекращение обследования медицинского персонала на золотистый стафилококк, сокращение объема плановых санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, внедрение в деятельность акушерских стационаров новых организационных и перинатальных технологий, рекомендаций ВОЗ.

Разработанные мероприятия способствовали снижению заболеваемости ВБИ новорожденных. За пять лет (2004 – 2008 гг.) показатели заболеваемости новорожденных в стране стабилизировались на уровне 3,36 – 3,15 на 1000 родившихся живыми. В то же время на ряде территорий отмечалось по одному-два заболевания ВБИ, а в Кабардино-Балкарии не выявлялось ни одного такого случая.

На IX Съезде эпидемиологов, микробиологов и паразитологов в 2007 году и на XII Конгрессе педиатров в 2009 Главный санитарный врач страны Г.Г. Онищенко, отмечая успехи в борьбе с рядом инфекционных заболеваний, обратил внимание на недоучет, сокрытие случаев ВБИ. Так, по данным выборочных исследований, базирующихся на применении активного метода выявления заболеваний, частота ВБИ новорожденных составляет 10 – 12% (100 – 120 на 1000 родившихся живыми).

Появление новых научных данных, необходимость внедрения в работу родовспомогательных учреждений новых санитарных норм и требований, рекомендации ВОЗ, учет положительного опыта ряда территорий – все это побуждает к разработке новых санитарных норм и правил (СанПиН). В них предполагается сохранить принципиально важные положения приказа МЗ РФ № 345 – внедрение в акушерские стационары семейно-ориентированных технологий родоразрешения, способствующих снижению внутрибольничных заболеваний матери и ребенка и создающих положительный психологический настрой у женщин. Еще раз подчеркиваются упрощенные условия допуска родственников в акушерский стационар, возможность присутствия при родах, раннее прикладывание новорожденного к груди матери, свободный режим вскармливания (кормление по требованию ребенка), ранняя выписка.

Сохраняется курс на совместное пребывание матери и ребенка в роддоме, внедрение в амбулаторную практику технологий, применяемых в стационарах, в том числе скрининга новорожденных на наследственную патологию, патронаж родильниц на дому.

В новых СанПиН будут полнее представлены организационные мероприятия по профилактике ВБИ в акушерском стационаре и организации противоэпидемического режима. Указаны правила содержания структурных подразделений: приемно-смотрового отделения; родового отделения; послеродового физиологического отделения с совместным пребыванием матери и ребенка; послеродового физиологического отделения с отдельным пребыванием матери и ребенка; комнаты для сбора, пастеризации и хранения грудного молока, приготовления, пастеризации и хранения молочных смесей; наблюдательного отделения.

В специальный раздел выделены дезинфекционные и стерилизационные мероприятия. Изложены принципы эпидемиологического надзора за ВБИ, привлечено внимание к расследованию и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц, указаны правила приема и перевода беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение. Приведены перечень регистрируемых нозологических форм заболеваний и их шифры по МКБ-10.

Разрабатываемые СанПиН призваны помочь медицинским работникам в профилактике ВБИ в родовспомогательных учреждениях.

Определение ВБИ, данное Европейским региональным бюро ВОЗ и принятое в нашей стране, получило известность. Тем не менее напомним, что внутрибольничная инфекция – любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении.

дении, вне зависимости от появления симптомов у пациента во время пребывания в больнице или после выписки.

Возникает вопрос: в какие сроки после выписки из роддома появившуюся у новорожденного инфекцию следует отнести к ВБИ? В медицинской печати последних лет, указывают различные временные критерии. Одни исследователи помимо заболеваний, возникающих в роддоме, считают внутрибольничными инфекциями заболевания новорожденных, проявившиеся в течение восьми дней после выписки, другие – в течение двух недель, третьи называют более длительный срок. В отдельных регионах разрабатывают свои приложения к приказу МЗ РФ № 345, в которых указано, что регистрации подлежат ВБИ новорожденных в течение 28 дней после выписки (при наличии лабораторного подтверждения). В результате получаем некорректные и несопоставимые данные по разным стационарам.

Мы полагаем, что принципиально важно определить разные сроки внутрибольничного инфицирования для новорожденных и родильниц. К внутрибольничным заболеваниям новорожденных, связанным с родильным домом, относятся заболевания, возникающие в родовспомогательном учреждении, а также в первые семь дней после выписки. Это связано с тем, что подавляющее большинство ВБИ новорожденных вызвано условно-патогенными микроорганизмами, при заражении которыми инкубационный период чаще всего составляет три – пять дней, а максимальный инкубационный период обычно не превышает семи дней. Именно в эти сроки развиваются наиболее часто встречающиеся ВБИ: конъюнктивиты, омфалиты и др. Относить на счет заражения в роддоме заболевания новорожденных через две-три или четыре недели после выписки некорректно. Как правило, они связаны с заражением в домашней обстановке – при неправильном вскармливании, действии факторов контактно-бытового или воздушно-капельного пути передачи при расширении круга общения детей, то есть в этом случае действуют другие причинно-следственные связи. Генерализованные формы у новорожденных (остеомиелит, менингит, сепсис) учитываются за роддомом в течение месяца со дня рождения.

Что касается родильниц, то у них патологический процесс при внутрибольничном инфицировании в силу анатомо-физиологических особенностей организма и характера развивающейся патологии (эндометриит, гнойный мастит, сепсис и др.) проявляется позже и учитывается за роддомом в течение месяца после родов.

Так, во время вспышки лактационного мастита в одном из родильных домов, где грубо нарушался санитарно-гигиенический режим, на протяжении 28 дней после выписки из родильного дома заболели 29 родильниц, 22 из них были оперированы в отделении гнойной хирургии. Первые признаки заболевания развились через три – семь и вплоть до 17 дней после выписки из роддома. Из 11 женщин, подвергшихся бактериологическому обследо-

ванию, у девяти в отделяемом раны был выявлен золотистый стафилококк с идентичной характеристикой антибиотикограммы в монокультуре или в ассоциации с *Acinetobacter baumannii* и *Klebsiella pneumoniae*. Примечательно, что гнойный конъюнктивит у пяти новорожденных развился на пятый – шестой день после рождения. Грубые нарушения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в роддоме, низкая температура в палатах, отсутствие патронажа родильниц из женской консультации после выписки на дому обусловили возникновение столь сложной эпидемиологической ситуации.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что на ряде территорий при традиционно хорошо налаженном патронаже новорожденных работниками детской поликлиники все еще недостаточно четко организован патронаж родильниц (со стороны женской консультации). Наряду с сокращением времени пребывания матери и ребенка в стационаре, приводящим к снижению заболеваемости ВБИ новорожденных и матерей, необходимо уделять должное внимание состоянию здоровья родильниц на дому, своевременному выявлению послеродовых осложнений и проведению необходимых лечебных мероприятий.

Несколько слов о количественных характеристиках вспышек ВБИ. Практически почти при всех инфекциях (острые кишечные заболевания, инфекции наружных кожных покровов и др.) вспышкой считают возникновение пяти и более заболеваний в пределах одного инкубационного периода, связанных общим источником инфекции или фактором передачи. В отношении же ВБИ появились сообщения в печати, где предлагалось именовать вспышкой или групповым заболеванием появление двух случаев внутрибольничной инфекции. Очевидно, авторы в процессе эпидемиологического назора не использовали активного метода выявления случаев ВБИ у новорожденных и родильниц. Такой расчет вспышки возможен только при пассивном методе выявления заболевших. Приказ МЗ РФ № 345 ориентирует на определение групповых заболеваний (вспышек) при появлении пяти и более заболеваний новорожденных и родильниц в пределах максимального инкубационного периода, связанных одним источником инфекции или общим фактором передачи. Недостаток этого определения заключается в том, что оно отнесено и к новорожденным, и к родильницам. В первом случае заболевания возникают в течение семи дней, во втором – в период до трех – четырех недель.

Целесообразно остановиться на некоторых рекомендациях к проекту новых СанПиН.

В современных условиях осуществляется обследование медицинских работников роддомов на туберкулез, сифилис, гонорею, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию. Частота лабораторных обследований на инфекции сокращается до одного раза в год.

Поскольку все медицинские работники прививаются против гепатита В высокоэффективной субъединичной генно-инженерной вакциной, обеспечивающей иммунитет на пять лет, ревакцинация проводится через пять лет после вакцинации. Если в силу каких-то обстоятельств ревакцинация не была проведена своевременно, обследование на гепатит В проводится в дальнейшем ежегодно.

При отсутствии сведений о прививках против дифтерии, краснухи и кори проводится иммунизация против этих инфекций в соответствии с Национальным календарем прививок. В связи с пандемией гриппа A(H1N1)/Калифорния/0409 рекомендуются прививки отечественной вакциной против нового варианта гриппа всех медицинских работников.

Несколько слов об организации работы смотрового отделения. В приемно-смотровом отделении важно обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения, учитывая данные обменной карты, опроса и осмотра. В течение многих лет в приемно-смотровом отделении обработки предусматривались бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы. В настоящее время эти процедуры проводятся только по показаниям врача, так как бритье приводит к микротравмам, открывающим входные ворота инфекции, клизмы – к загрязнению условно-патогенными микроорганизмами. Что же касается душа, то он назначается всем женщинам.

Новорожденного принимают в обеззараженный, согретый, покрытый стерильной теплой пленкой лоток, выкладывают на живот матери для контакта «кожа к коже», затем прикладывают к груди. Эти меры способствуют колонизации кожных покровов и слизистых оболочек новорожденных материнской микрофлорой, препятствующей госпитальным штаммам. Ту же задачу – физиологической защиты новорожденного выполняет смазка, поэтому при первичном туалете новорожденного снимать ее не рекомендуется. Протирать кожные покровы можно лишь по настоящему требованию матери или указанию врача. У ребенка, находящегося на груди матери, спустя минуту после рождения производится пережатие пуповины. Через час после рождения проводится профилактика инфекций, передающихся половым путем (гонобленорея и др.). Проектом настоящих СанПиН в соответствии с рекомендациями ВОЗ отдается предпочтение 1%-ному раствору серебра. Менее эффективной альтернативой является применение тетрациклиновой или эритромициновой мази. Известны случаи, когда золотистый стафилококк оказывался устойчивым к эритромицину и возникали вспышки конъюнктивитов. Показана нецелесообразность применения пленкообразующих препаратов для обработки пупка, поскольку в отдельных случаях под покровом пленки может происходить развитие анаэробной инфекции.

Накопленный опыт родовспоможения за рубежом и в нашей стране свидетельствует, что совместное пребывание родильницы и новорожденного имеет преимущества перед отдельным пребыванием по 12 позициям, а главное, частота заболеваний ВБИ новорожденных снижается в два – четыре раза, уменьшается интенсивность циркуляции госпитальных штаммов, колонизация различных биотопов ребенка осуществляется материнскими штаммами. Следует максимально стремиться к организации работы по принципу «мать – дитя» в послеродовых физиологических (а по возможности – и в наблюдательных) отделениях, рассматривая эту меру как одну из наиболее эффективных в профилактике ВБИ. Кормление ребенка осуществляется по его требованию. Другой резерв в предупреждении ВБИ новорожденных – ранняя выписка. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск заражения ВБИ.

При проведении эпидемиологического надзора подчеркивается важность использования активного метода выявления ВБИ у пациентов, позволяющего получить более полную информацию о заболеваемости и своевременно провести необходимые мероприятия.

Обращается внимание на появление предвестников осложнения эпидемиологической ситуации в родильном доме. В их числе – рост количества случаев внутриутробной инфекции (ВУИ).

При подозрении на внутриутробную инфекцию проводится комплексное обследование не только новорожденного, но и родильницы с привлечением акушеров, неонатологов, эпидемиологов, бактериологов, при необходимости – вирусологов и патологоанатомов. Спектр возбудителей ВУИ широк и включает бактерии, простейшие, грибы, микоплазмы, хламидии, вирусы. Надо помнить о возможности сочетания ВБИ и ВУИ, так как на фоне ослабленного организма при инфекции, возникшей интранатально, чаще может присоединяться внутрибольничная инфекция, даже при малой инфицирующей дозе возбудителя. Дети с ВУИ – контингенты риска возникновения и развития ВБИ.

В то же время при ряде внутриутробных инфекций новорожденные могут представлять эпидемиологическую опасность для окружающих. При врожденной краснухе, например, выделение вируса с мочой может продолжаться до года и более. Дети с ВУИ краснушной этиологии представляют опасность для медицинских работников роддома (непривитых и не болевших ранее). Более того, возможно заражение общающихся с такими детьми лиц (персонала детской и женской консультации при посещении на дому, лиц, общающихся в условиях бытовой обстановки) и после выписки детей из акушерского стационара.

Диагностика ВУИ сопряжена со сложностями и зависит от путей проникновения возбудителя, срока беременности, на котором происходит инфицирование, этиологического агента, методов диа-

гностики и других факторов. Иногда признаки ВУИ выявляются через несколько месяцев и даже лет после выписки из родильного дома. В одних случаях возможна ранняя лабораторная диагностика. Например, при некоторых бактериальных инфекциях, передающихся половым путем, граммотрицательные микроорганизмы могут быть обнаружены в околоплодных водах уже через четыре часа после разрыва плодных оболочек. В случаях врожденного токсоплазмоза подозрение на ВУИ появляется сразу же при наличии аномалий развития плода, уродств, возникающих в результате заражения плода в первом триместре беременности, в момент закладки органов и тканей. Сложней поставить диагноз при трансплацентарной передаче инфекции в третьем триместре при воспалительных и дегенеративных процессах в органах и тканях ребенка (пневмония, гепатит, миокардит).

В случае использования для диагностики врожденного токсоплазмоза серологических методов диагноз поставить легче при обследовании матери, нежели при обследовании ребенка первых месяцев жизни, в связи с несовершенством его иммунной системы.

Использование данных эпидемиологического исследования, комплекса микробиологических методов, особенно ПЦР, гистологических исследований (при прижизненной и посмертной диагностике) позволяет дифференцировать случаи ВУИ и ВБИ; чаще диагноз конкретной нозоформы ВУИ удается поставить после выписки из роддома – при поступлении в детскую больницу.

Анализ имеющихся материалов показывает, что в последние годы отмечается тенденция к отнесению в число ВУИ внутрибольничных инфекций, возникающих в стационаре в результате экзогенного заражения новорожденных. Соотношение ВБИ и ВУИ колеблется в больших пределах. На некоторых территориях оно достигает 1:15.

Медицинским работникам важно соблюдать меры индивидуальной защиты при приеме родов

и уходе за роженицей, рассматривая каждую пациентку как потенциальный источник инфекции. При поступлении в роддом ВИЧ-инфицированной женщины все манипуляции проводятся в перчатках, а прием родов – при использовании защитных очков или экранов.

При аварийных ситуациях (порезы, уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями от ВИЧ-инфицированных пациентов, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки носа и глаз) после обработки кожи 70%-ным раствором спирта, обмывания водой с мылом и повторного обеззараживания спиртовым раствором, соответствующей обработки видимых слизистых рекомендуется прием антиретровирусных препаратов. Начинать его следует не позже 24 часов после аварии в течение 30 дней по схеме. Лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию лиц, попавших в аварийную ситуацию, проводится через 3, 6 и 12 месяцев.

На современном этапе важны соблюдение разработанных гигиенических и перинатальных технологий, семейно-ориентированных организационных форм родоразрешения, более широкое применение модуса совместного пребывания матери и ребенка после родов, раннее прикладывание новорожденных к груди, свободный режим вскармливания, ранняя выписка матери и ребенка, внедрение новых форм и методов работы.

В заключение следует отметить важность разработки санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, позволяющих определить основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мер, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости внутрибольничными инфекциями пациентов родовспомогательных учреждений.

КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Ситуация с распространенностью туберкулеза и его лечением по-прежнему вызывает беспокойство

18 марта 2010 года две ведущие организации, занимающиеся вопросами эпидемиологического надзора в Европейском регионе, – Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) и Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) – выпустили второй ежегодный совместный доклад Tuberculosis surveillance in Europe 2008 (Эпидемиологический мониторинг туберкулеза в Европе, 2008 г.).

В Европейском регионе ВОЗ в 2008 году зарегистрировано 461 645 случаев туберкулеза (ТБ), что, согласно данным, полученным ВОЗ, составляет около 6% всех случаев ТБ в мире. После повышения общей заболеваемости ТБ в 2004 – 2007 годах в Европейском регионе ВОЗ с

2007 года зарегистрировано снижение на 2,6%. В докладе отмечается, что темп снижения заболеваемости ТБ с 2007 по 2008 год наименьший за последние четыре года (1,2%).

Показатель успешности лечения среди вновь выявленных больных с лабораторно подтвержденным ТБ в 2007 году упал до 70,7% (73,1% – в 2006 г.), а в 18 странах, на долю которых приходится до 87,6% заболеваемости ТБ в регионе, – до 69,2%.

В рамках ЕС в последние пять лет не отмечалось какого-либо существенного улучшения показателей успешности лечения больных ТБ. В странах Европейского союза и Европейского экономического пространства показатель успешности лечения больных ТБ, ранее прошедших курс лечения, и вновь зарегистрированных больных с подтвержденным диагнозом легочного ТБ составил соответственно 51,8 и 79,5%.