

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯТРОГЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ



Кобилова Гулшан Абдирашидовна, Нематиллоева Зарнигор Нутфилло кизи
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

БУХОРО ВИЛОЯТИ ТУҒРУҚХОНАЛАРИДА ЯТРОГЕН ИНФЕКЦИЯЛАРИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Кобилова Гулшан Абдирашидовна, Нематиллоева Зарнигор Нутфилло кизи
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF IATROGENIC INFECTIONS IN OBSTETRIC HOSPITALS IN THE BUKHARA REGION

Kobilova Gulshan Abdirashidovna, Nematilloeva Zarnigor Nutfillo qizi
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Резюме. Нозокомиал инфекциялар (касалхона, шифохона) ҳар қандай соғлиқни сақлаш соҳаси ходимлари, шу жумладан акушерлик ва гинекологик хизматлар учун муҳим бўлган шошиллик тиббий муаммодир. Ушбу мақола шифохона ичидаги инфекцияларнинг асосий сабабларини, ривожланиш шароитларини ва унинг ўзига хос кўринишларини аниқлаш учун эпидемиологик диагностикани амалиётга жорий этиш зарурлигини кўрсатади. Шунингдек нозокомиал инфекцияларнинг олдини олиш тизимида дезинфекциялаш воситаларини танлаш муҳим рол ўйнаши таъкидланади.

Калим сўзлар: нозокомиал инфекция, ҳомиладорлик, профилактика

Abstract. Nosocomial infections (hospital, nosocomial) are an urgent medical problem that is important for workers at any level of health care, including obstetric and gynecological services. This article suggests that in order to establish the main causes of nosocomial infections, developmental conditions and its specific manifestations, it is necessary to introduce epidemiological diagnostics into practice. An important role in the choice of disinfectants in the system of prevention of nosocomial infections is emphasized.

Key words: nosocomial infections, pregnant women, puerperas, prevention.

Актуальность. Проблема заболеваемости госпитальными инфекциями остается наиболее актуальной и трудноразрешимой в современной медицине как в мире, так и в нашей стране. Актуальность их определяется глобальным характером распространения, негативными последствиями для здоровья пациентов и экономики государства. Около 49% населения нашей Республики составляют женщины, и они ответственны за будущность нашего общества.

Процесс реформирования системы здравоохранения в сочетании с интенсивным развитием новых медицинских технологий оказали значительное влияние на эволюцию эпидемического процесса, что определило необходимость изучения закономерностей на новом уровне развития науки и общества, поиска новых концептуальных

подходов к управлению. Весьма существенным является факт наличия у пациента сочетанных форм внутрибольничных инфекций. Так у одного и того же больного одновременно хирургическая раневая инфекция (в той или иной форме) и эндометрит или мастит. Причем этиологически эти осложнения могут быть вызваны как идентичной, так и разной по видовым и внутривидовым характеристикам микрофлорой.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития внутрибольничной инфекции в родовспомогательных стационарах Бухарской области. Точность и обоснованность получаемых данных и их результаты ссылаются на доказательную медицину и на достаточность количества проводимых исследований.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на родовспомогательных стационарах Бухарской области. Было проведено ретроспективный эпидемиологический анализ историй болезней ($n=167$) и проспективное наблюдение пациентов фертильного возраста в возрасте от 18 до 45 лет от момента поступления и до определения исхода ($n=24$), рассчитывали показатель заболеваемости по формуле: $\text{заболеваемость} = (\text{количество случаев заболевания} / \text{средняя численность пациентов в наблюдаемый период}) \times 100$ поступивших пациентов.

Результаты и обсуждение. В период проведения исследований в перинатальном центре и в родильных комплексах при изучении лечебно-диагностического процесса выявлено широкое использование профилактической санации вагинальной микрофлоры беременных и родильниц, в родильных комплексах – только при наличии клинических проявлений гнойно-септических инфекций. В период родов 54,0±3,8% женщин 1 группы проводилась ранняя амниотомия, 37,0±4,0 активное родовозбуждение против 15,0±4,2% и 32,0±5,7% во второй, так как в родильных залах широко использовалась практика естественного родоразрешения независимо от сроков безводного периода. После родовое наложение швов зарегистрировано у 64,0±5,8% женщин 1 группы и 56,0±5,9%-второй. Послеоперационная и родовая антибиотикопрофилактика при наличии показаний, выявленных у 31 женщины 1 группы, была назначена 7,0±3,3% рожениц, во второй группе из 21 женщин-25,0±5,6%. В родильных комплексах имели место строгие ограничения для родильниц, персонала и родственников в передвижении по родильному дому, лишь в 3,0±1,6% случаев на родах присутствовали члены семьи. В родильном зале медицинский персонал свободно перемещался по всему учреждению, включая родовой блок, широко практиковались привлечение родственников к участию в родах (80,0±4,2% случаев). Обработка новорожденных 1 группы проводилась медицинской сестрой с использованием функционального стола-каталки. В родильных залах в качестве дезинфектантов применяли хлорсодержащие препараты АБК-хлорактив, Жавелион, перекись водорода. Таким образом, акушерские стационары, в которых проводилось наблюдение, существенно отличались по организации лечебно-диагностического процесса и состоянию противоэпидемического режима. Внутрибольничные инфекции возникли у 17,5% прооперированных и в показателях заболеваемости составили 64,4 на 1000 пациентов. Из числа зарегистрированных внутрибольничных инфекций на

гнойно-воспалительные заболевания приходилось 90,4%, как правило они формировались в области операционных манипуляций – при операциях на матке, особенно при экстирпации матки с придатками, реже после резекции яичников, удаления придатков, абдоминального кесарева сечения при малых сроках беременности по медицинским показаниям.

Среди внутрибольничных нозологических форм, зарегистрированных у оперированных больных, преобладали инфильтраты с различными локализациями (76,8%), значительно реже наблюдались расхождение (14,2) и нагноение швов (2%). Послеоперационные гнойные воспаления развивались как правило с 1-2го дня по 30-й день, но в основном на 7-10дни ($P \leq 2$). В 60,5% случаев они обнаруживались у оперированных в возрасте 25-49 лет ($P \leq 2$). Поэтому оперированных женщин гинекологических отделений в возрасте 25-49 лет, необходимо считать группой риска.

Выводы. Таким образом, ретроспективный анализ показал, что для установления основных причин возникновения внутрибольничных инфекций условий развития и конкретных его проявлений необходимо внедрить в практику эпидемиологическую диагностику. Последняя, как известно, начинается с правильно налаженной регистрации и учета на основании своевременного выявления больных и аккуратного заполнения первичных документов. Такой подход дает возможность своевременно наметить комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий и снизить частоту внутрибольничных инфекций, в частности, стафилококковой этиологии среди больных гинекологического профиля.

Факторами риска новорожденного выявлено:

- Недоступность скрининга на инфекционные болезни;
- Недоступность многих лабораторных исследований;
- широкий круг инвазивных процедур ;
- Материнские факторы риска:
 - затянувшийся безводный промежуток (>24 часов),
 - травмы родовых путей (разрывы влагалища, промежности или уретры),
 - ручное отделение плаценты при задержке отделения плаценты или дефекте последа,
 - эпизиотомия,
 - наложение акушерских щипцов при родоразрешении
- анемия и скудное питание
- ВИЧ-инфекция у беременной;
- туберкулез

-эндогенная флора;

Рекомендуем ряд мероприятий реализация которых позволит снизить частоту внутрибольничных инфекций среди больных в данных отделениях. В родовспомогательных учреждениях как самостоятельных, так и в составе многопрофильных больниц, а так же перинатального центра, архитектурно-планировочные решения должны обеспечить четкое зонирование отделений, цикличность их заполнения и санитарной обработки, упорядочение внутрибольничных потоков, улучшение условий работы персонала.

Во всех палатах послеродового отделения работа должна быть организована по принципу совместного пребывания родильницы и новорожденного. Это способствует:

-снижению заболеваемости, предупреждению гнойно-септических состояний среди новорожденных;

- снижению возможность инфицирования ребенка госпитальными штаммами микроорганизмов;

- созданию условий для заселения организма новорожденного микрофлорой матери;

- налаживанию психоэмоционального контакта между матерью и ребенком;

-помогает поддержать грудное вскармливание;

-помогает матери набраться опыта ухода за ребенком и обращения с ним, повышает чувство ответственности у матери;

-Особенно важно внимание и поддержка родственников и персонала. Посещение отца и старших детей должно быть свободным. Допускается пребывание матери и новорожденного на одной койке.

Выявление и учет внутрибольничных инфекций, как заболевания новорожденных инфекциями, выявленные в период пребывания в акушерском стационаре или в течение 7 дней выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения. Заболевания родильниц после родов (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром. Оперативный и ретроспективный анализ заболеваемости внутрибольничных инфекций новорожденных и родильниц надо проводить с учетом даты родов, сроков возникновения заболевания, локализации патологического процесса, этиологии, видам медицинских вмешательств, перемещения из палаты в палату или из

отделения в отделение, даты выписки или перевода в другой стационар, длительности пребывания в стационаре, анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения, сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям.

Выявление групп и факторов риска. Группами возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины с хориоамнионитом в родах, с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями, с иммунодефицитными состояниями, с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, кесарево сечение, с кровотечениями в послеродовом периоде.

Литература:

1. Зуева Л.П. Опыт внедрения системы инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях. СПб., 2003
2. Беляков В.Д., Колесов А.П. Госпитальная инфекция
3. Дональдсон Л. Менеджер здравоохранения-2005 №12-с25-30
4. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы Сан Пин.№ 0342-17 Профилактика внутрибольничных инфекций. Ташкент 2017
5. Основы инфекционного контроля. М. Альпина Паблишер, 2003
6. Покровский В.И. Концепции профилактики внутрибольничных инфекций. М., МЗРФ, 1999

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯТРОГЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кобилова Г.А., Нематиллоева З.Н.

Резюме. *Внутрибольничные инфекции (госпитальные, нозокомиальные)- актуальная медицинская проблема, важная для работников любого звена здравоохранения, включая акушерско-гинекологическую службу. В этой статье предлагается что для установления основных причин возникновения внутрибольничных инфекций условий развития и конкретных его проявлений необходимо внедрить в практику эпидемиологическую диагностику. Подчеркнута важная роль в выборе дезинфицирующих средств в системе профилактики внутрибольничных инфекций.*

Ключевые слова: *внутрибольничные инфекции, беременные, родильницы, профилактика.*