

**Ж.Г. Раевская, А.В. Гойлова, А.И. Бич,  
О.Г. Дражина**  
УЗ «Городской клинический родильный дом  
№2»,  
ГУ «Белорусская медицинская академия по-  
следипломного образования»

## Мониторинг микрофлоры в акушерско-физиологическом отделении

Профилактика послеродовых инфекционных осложнений остается одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве, не смотря на значительный прогресс, достигнутый в этой области в последние десятилетия.

В нашем родильном доме с 2004г. введена система инфекционного контроля и постоянно применяются новые технологии родовспоможения: ведение родов как чистой, а не стерильной процедуры; политика чистых рук, ведение раны на промежности и передней брюшной стенке без использования антисептиков (частое обмывание промежности, смена повязки по мере необходимости); отсутствие необходимости в масках и колпаках, если не проводятся инвазивные вмешательства; совместное пребывание родильницы и новорожденного, преимущественно грудное вскармливание; использование чистой домашней одежды для матери и ребенка, подгузников и прокладок фабричного производства; посещение родильниц родственниками в фойе родильного дома (за исключением времени карантинных мероприятий); влажная уборка палат с использованием моющего средства, текущая дезинфекция не проводится; кварцевание палат заменено проветриванием (проводится женщинами самостоятельно соответственно рекомендациям); отказ от обривания лобка, постановки всем очистительных клизм в плане предродовой подготовки; отход от длительной антибиотикопрофилактики при кесаревом сечении; ежедневное использование памяток-рекомендаций, разработанных для женщин в акушерско-физиологическом и отделении новорожденных, по послеродовому периоду, грудному вскармливанию и уходу за детьми; выписка родильниц с осложненными родами и послеродовым периодом только в будние дни. В результате проводимой работы с 2004 по 2008г. произошло снижение заболеваемости родильниц, изменилась структура послеродовых осложнений (доминируют негнойные осложнения, инфекция чаще носит спорадический характер, перестали регистрироваться тяжелые и преобладали локализованные формы гнойно-воспалительных заболеваний, почти в 4,5 раза уменьшилось число инфекций хирургической раны), маститы перешли из разряда гнойных в серозные), достоверно снизился показатель оперативного лечения осложнений со стороны матки (более 2 раз). В каждом случае гнойно-воспалительного заболевания проводи-

лось расследование совместно со штатным эпидемиологом родильного дома по разработанному стандарту сбора информации для активного выявления госпитальных инфекций. В 2007-08гг. случаи внутрибольничных инфекций в нашем стационаре не регистрировались, последний в 2006 г. – один случай.

В динамике донозологических форм, выявляемых в отделении, в 2008г. произошло дальнейшее снижение удельного веса послеродовых осложнений со стороны хирургической раны и молочных желез до 11,2% и 12% соответственно, первое место традиционно занимают осложнения со стороны матки. Число гнойных эндометритов (выявлены по результатам гистологических исследований, клинических проявлений не было, опорожнение полости матки проводилось по ультразвуковым заключениям как гематометра или лохиометра) после кюретажа в акушерско-физиологическом отделении в 2006-2008гг.: после естественных родов 0,3 на 100 родов, после Кесарева сечения – 0,2-0,5 на 100 операций.

В родильном доме с 2004 г. осуществляется мониторинг микрофлоры, выделяемой у пациентов с донозологическими формами послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (с учетом наиболее часто встречаемых осложнений со стороны матки). В процессе работы акушерско-физиологического отделения в системе инфекционного контроля и внедрения новых технологий с 2005 г. выявлено изменение структуры микрофлоры, выделяемой из полости матки у родильниц с кюретажами. Чаще всего из полости матки выделяется *Escherichia coli* и растет ее процентное отношение: в 2005г. 35%, 2006 – 24,5%, 2007 – 43,2%, 2008 – 43,3%. В 2007г. было проведено распределение кишечной палочки по датам отбора, палатам пребывания родильниц. Микроорганизм высевался у 22 родильниц в количестве 10000-1000000, встречался ежемесячно, связь между случаями отсутствовала. В посевах в 2008г. преобладание кокковой флоры (81,8%); 1 место – грам-кокки (42,3%, представлены *Escherichia coli*), 2 место – грам+ кокки (39,5%), 3 место грам-палочки (13,3%). Среди эпидемиологически значимых микроорганизмов (11 случаев в 2008г.), выделенных из полости матки у родильниц с кюретажами, были следующие: *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus agalactiae* (по 7,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (3,8%), *Klebsiella pneumoniae* (1,9%). В предыдущем 2007г. золотистый стафилококк и стрептококк агалакте встречались соответственно в 8,1 и 2,7% случаев, а два последних микроорганизма вообще не высевались. Анализ по датам, палатам пребывания родильниц показывает отсутствие связи между случаями.

Структура микрофлоры при гнойных эндометритах (выявленных по гистологическим исследованиям), пролеченных в акушерско-гинекологическом отделении за период 2003-2008 гг.: в 62% случаев – *Escherichia coli*, остальные примерно по 7,7%: *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus serogroup D*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*.

За 2008 г. произошло увеличение случаев (до 60%) посевов от родильниц родильного дома № 2, в которых микроорганизмы не выделялись, что может косвенно указывать на увеличение других групп возбудителей. Пробы с поверхностей и воздуха в акушерско-гинекологическом отделении за 2004-2008 гг. роста микрофлоры не давали.

По результатам мониторинга микрофлоры, данным клинической фармакологии в настоящих условиях в акушерско-физиологическом отделении применяются следующие схемы. Антибиотикопрофилактика обычно проводится Цефазолином 2,0 на 250 мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно дважды: первое введение проводится во время операции Кесарево сечение, в раннем послеродовом периоде или по показаниям в другое время, второе – через 8 часов. Лечение антибиотиками – Цефазолин 1,0 внутримышечно на 4 мл 0,25% раствора новокаина через 8 часов. Из группы резерва используются: Цефтриаксон 1,0 или Амоксиклав 1,2 внутривенно на 250 мл 0,9% раствора хлорида натрия два раза в сутки (через 12 часов), крайне редко (при отягощенном анамнезе) – Гентамицин 240 мг внутривенно на 250 мл 0,9% раствора хлорида натрия один раз в сутки. Продолжительность введения антибиотиков 5 полных суток, более – при необходимости (по клинико-лабораторным данным).

Как результат работы акушерско-физиологического отделения роддома по профилактике гнойно-воспалительных заболеваний приводим данные городского отделения послеродовых осложнений 3-й городской клинической больницы г. Минска. Показатель заболеваний, возникших у родильниц роддома № 2 в течение 10 дней после выписки, был в 2008г. – 1,4 на 100 родов, 2007 – 1,7, 2006 –

2,3. Гнойные эндометриты составляли 0,04 на 100 родов в 2006 и 2007г., 0,02 – за 2008г. Из числа пролеченных в акушерско-физиологическом отделении женщин с донозологическими формами в отделение послеродовых осложнений поступило: в 2008г. – 6 родильниц (0,17 на 100 родов), 2007 – 4 (0,16), 2006 – 7 (0,2).

**Выводы по результатам поведенной работы:**

1. Правильное использование системы инфекционного контроля, выполнение санитарно-эпидемиологического режима, внедрение новых технологий в родильном доме на всех этапах позволяет снизить заболеваемость послеродовых осложнений, изменить структуру их и выделяемой микрофлоры.

2. Необходим постоянный мониторинг микрофлоры с расширением возможностей диагностики, активное выявление и ведение родильниц группы риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний для рационального использования средств в родильном доме, снижения в послеродовом периоде затрат, связанных с пребыванием в акушерско-физиологическом отделении и с возможными осложнениями в послеродовом периоде.