При проведении анестезии с ИВЛ, стартовый режим вентиляции 83% респондентов устанавливают «принудительный с контролем по объему». Большинство врачей устанавливают ДО 6-8 мл/кг- 38%, 26% устанавливают на глаз, не прибегая к точным расчетам, 25% считают нужным применить ДО до 6 мл/кг и 11% 8-10 мл/кг. 53% анкетированных считают необходимым установить ПДКВ(PEEP)на время ИВЛ в ходе анестезии. Инспираторную фракцию кислорода для преоксигенации (во время индукции) от 80% до 100%- 57% опрошенных, от 40% до 60% выбирают 37%, от 60% до 80% - 6% респондентов.

Контроль за состоянием аппарата внешнего дыхания, большинство - 68% осуществляют при помощи цифрового мониторинга дыхания (ДО, МВЛ, ЧД, ПДКВ). Оценивают адекватность проведения ИВЛ: 63% - гемодинамика+SpO2+капнометрия. 85% никогда не используют мониторинг нейро-мышечного блока в ходе проведения анестезии и все же 21% используют его очень часто.

Выводы:

1.В большинстве случаев ОРИТ оснащены современной наркозно-дыхательной аппаратурой, что дает возможности соблюдения принципов протективной искусственной вентиляции легких.

2.Несмотря на наличие технической возможности, величины используемых дыхательных объемов несколько завышены, в ряде случаев(26% респондентов) устанавливают значение ДО «на глаз» не прибегая к точным расчетам, а величины PEEP(ПДКВ) в половине случаев вообще не устанавливаются.

3.Необходимость создания и внедрение в практику проведения тематических курсов повышения квалификации, посвященных вопросам искусственной вентиляции легких.

Литература:

1.РУВЕНТ- российское национальное эпидемиологическое исследование ИВЛ/ Электронный ресурс: http://narkoz.ru/ruvent (Дата доступа: 03.02.2016).

2.Кассиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. Респираторная поддержка: Руководство по искусственной и вспомогательной вентиляции легких в анестезиологии и интенсивной терапии.-М.: Медицина, 2006.-3с.

УДК 616-06

С.В. Лебедева, Ф.Н. Брезгин

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГРУППЫ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ОРИТ

Кафедра анестезиологии-реаниматологии и токсикологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

S.V. Lebedeva, F.N. Brezgin

NOSOCOMIAL INFECTIONS IN GROUPS OF CHILDREN RECEIVING PALLIATIVE CARE IN THE NICU

Department of anesthesiology, reanimatology and toxicology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: lebedeva-usma@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы внутрибольничных инфекций у детей, получающих паллиативную помощь в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

Annotation. The article deals with the questions of nosocomial infections in children receiving palliative care in the Department of anesthesiology and intensive care.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция; педиатрия; паллиативная помощь.

Keywords: nosocomial infections; pediatrics; palliative care.

Паллиативная педиатрия – это активный и целостный подход к уходу за тяжело больным и умирающим ребенком, включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные элементы помощи [2]. Согласно определению, сформулированному экспертами ВОЗ (2002), паллиативная помощь – это подход, улучшающий качество жизни пациентов, которые столкнулись с угрожающим жизни заболеванием. Этого удается достигнуть благодаря ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем, а так же предупреждению и облегчению страданий [1,4].

Проблема внутрибольничных инфекций остается одной из острых в современных условиях, приобретая все большую медицинскую и социальную значимость, несмотря на достаточное изучение и достижение некоторых результатов по этому вопросу в здравоохранении.

Особенностью нозокомиальных инфекций является то, что они могут вызываться не только облигатными патогенами, но и оппортунистическими возбудителями со сравнительно невысокой патогенностью, особенно у больных с тяжелым течением патологического процесса. Несмотря на возрастание этиологической роли грамположительных микроорганизмов как возбудителей нозокомиальных инфекций, штаммы грамотрицательных аэробов с множественной резистентностью к антибактериальным препаратам представляют серьезную терапевтическую проблему в стационарах не только нашей страны, но и других странах мира. Быстрое распространение таких штаммов в ОИТ и возникновение эпидемических вспышек связаны с

транзиторной контаминацией этими штаммами рук медицинского персонала, окружающей среды, а также частым использованием антимикробных препаратов[3].

Пациенты ОИТ более восприимчивы к инфекционным агентам, вследствие наличия сопутствующих болезней, недостаточности энтерального питания, применения у них систем инвазивного мониторинга, парентерального введения различных лекарственных препаратов и др. [3]. Поэтому, несмотря на более низкую вирулентность так называемых “оппортунистических” микроорганизмов (Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter spp., Aeromonas spp., Enterobacter spp.) по сравнению с “классическими” возбудителями нозокомиальных инфекций в ОИТ (S. aureus, P. aeruginosa, E. coli, Klebsiella spp.), отмечается возрастание этиологической роли первых у пациентов, находящихся в ОИТ.

Цель исследования – выявление риска внутрибольничных инфекций у группы детей, получающих паллиативную помощь, в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, получающих паллиативную помощь в условиях ОРИТ МАУ ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга. Изучены 4 истории болезни пациентов. Возраст детей, получающих паллиативную помощь в отделении, составил от 1 года 3 месяцев до 3 лет 6 месяцев, средний возраст составляет 2 года 6 месяцев ± 1 год. Продолжительность пребывания пациентов в отделении составляет от 5 месяцев до 3 лет 6 месяцев, средняя продолжительность пребывания 2 года ± 1 год 1 месяц. В отделении больные получают паллиативную помощь с диагнозами: окклюзионная гидроцефалия, спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана, постреанимационная болезнь. В данной работе проанализированы результаты лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови) и бактериологических исследований (посевы мокроты, мочи и крови). У трех пациентов данные взяты за 1 год, у одного за 6 месяцев. В этот период выявлено 20 инцидентов инфицирования.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе историй болезни у данных пациентов в бактериологических анализах мокроты и мочи высеяно 100 случаев патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Данная микрофлора относится к числу внутрибольничных инфекций. Результаты бактериологических посевов изображены на рисунке (рис.1). В 33% случаев высеялась синегнойная палочка, которая в 18 случаях из 33 превышала уровень колонизации (>10^5 КОЕ/мл). В случае с ацинобактериями, уровень колонизации превышал в 3 случаях из 8. Также клебсиелла высеялась 8 раз, из них 3 раза колония была >10^5 КОЕ/мл. Энтерококки высеивались 11 раз, из них 6 раз колония превышала 10^5 КОЕ/мл. Остальные результаты бактериологических посевов являлись колонизацией.

Пациентам назначался курс антибиотикотерапии при получении положительных результатов бактериологического исследования. При проведении частых курсов антибактериальной терапии у пациентов формировалась резистентность к препаратам различных групп антибиотиков. Препараты для одной и той же бактерии постоянно менялись. При положительном посеве Pseudomonas aeruginosa $>10^5$ КОЕ/мл, назначались различные группы препаратов: линезолид 10 мг/кг/сутки, в/в; пиперациллин + тазобактам 2,25 мг/кг/сутки в/в; цефоперазон + сульбактам 80 мг/кг/сутки, в/в.; ванкомицин 80 мг/кг/сутки, в/в.; ципрофлоксацин 40 мг/кг/сутки., в/в,; амоксциллина клавуланат 30мг/кг/сутки в/в. При положительном посеве Enterococcus faecalis $>10^5$ КОЕ/мл, назначались такие группы антибиотиков: кларитромицин 50 мг/кг/сутки, в зонд; цефоперазон + сульбактам 80 мг/кг/сутки, в/в.

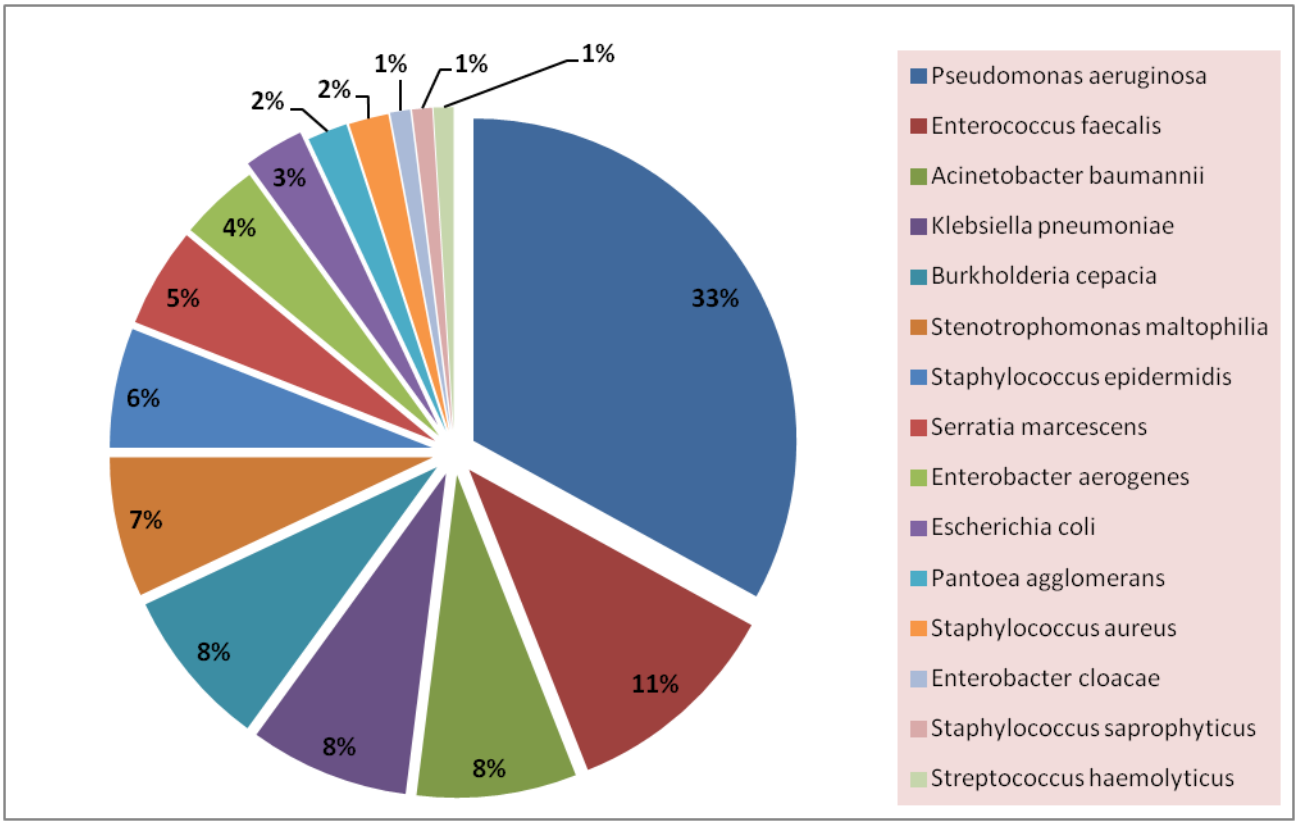

Рис.1 Результаты бактериологических посевов исследуемых пациентов

Каждый инцидент протекал с наличием воспалительной реакции у пациентов, что подтверждалось повышением уровня С-реактивного белка, а также лейкоцитозом . Результаты лабораторных анализов крови представлены в таблице (табл. 1).

Таблица 1

Показатели лабораторных анализов крови

Пациенты	Показатели лабораторных анализов		
	Количество	Количество	С-реактивный белок,

	лейкоцитов, $*10^9$ /мл	нейтрофилов, %	мг/л
Норма	7,40±2,80	58,50± 21,50	2,50± 2,50
Пациент 1	16,82 ± 2,22	66,10±16,83	16,92 ± 16,54
Пациент 2	16,4±0,83	75,38±5,38	33,40±3,67
Пациент 3	10,38±3,67	63,37±9,98	75,38±41,76
Пациент 4	12,14±1,88	73,0±4,73	20,54±7,26

Выводы:

1. Пациенты, длительно находящиеся в отделении анестезиологии и реанимации, постоянно контактировали с внутрибольничной инфекцией, что требовало частого проведения антибиотикотерапии.

2. У исследуемых пациентов частое проведение антибактериальной терапии привело к формированию полирезистентности к противобактериальным препаратам.

3. Пациенты, получающие паллиативную помощь, должны находиться в специализированных отделениях или учреждениях.

Литература:

1. Бялик М.А. Методологические подходы к оказанию паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям: Автореф. М., 2000.

2. Воробьева О.Н. Анализ распространенности, структуры и чувствительности к антибиотикам возбудителей внутрибольничных инфекций. / Воробьева О. Н., Денисенко Л. И., Жилина Н. М., Гончаревич Л. А., Алексеева О. В./ Сибирский медицинский журнал, 2010, том 25, №3, выпуск 1.

3. Козлов Р.С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль./ Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия № 1, Том 2, 2000.

4. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative Care for Children. Pediatrics. 2000; 106: 351–357.

УДК 616.12-008

А.Т. Мухаммад, Ю.А. Надеева, В.И. Белокриницкий

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ КАРТ ВЫЗОВА С ДИАГНОЗОМ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» НА СТАНЦИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.ЕКАТЕРИНБУРГА

Кафедра скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.T.Mukhammad, Yu.A.Nadeeva, V.I.Belokrinitsky