

ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Боронина Л.Г., Мухаметшин Ф.Г., Мухамедзян М.Н.,
Светлаков Д.В.

Внедрение новых технологий в неонатологии позволило добиться серьезных успехов в данной области. В нашем отделении отмечается снижение летальности с 21 % до 7,8 % за последние 4 года. Однако выхаживание глубоко недоношенных и тяжелобольных новорожденных, породило проблему, с которой сталкиваются все отделения реанимации и интенсивной терапии - госпитальные инфекции. В структуре летальности нашего отделения инфекции продолжают занимать одну треть всех случаев. Пациенты нашего отделения - это новорожденные, требующие проведение продленной искусственной вентиляции легких, длительной инфузионной терапии, зондового кормления, забор материала инвазивными методами. На 70 % - это недоношенные дети с неполноценной функцией иммунной системы, что обуславливает наиболее частое развитие инфекционных осложнений у этой группы больных. Поэтому, эпидемиологические мероприятия в отделениях, подобных нашему, занимают первое место в решении данной проблемы. Ситуация осложняется тем, что дети поступают в наше отделение из различных родильных домов и отделений города и области, на разные сутки жизни. Это приводит к тому, что кроме "собственной" госпитальной флоры происходит постоянный занос "чужих" штаммов полирезистентных микроорганизмов.

С целью снижения бактериальной обсемененности, а, следовательно, улучшения качества лечения, проводились следующие мероприятия:

1) обязательная полноценная обработка рук перед каждым контактом с больным:

- локтевые смесители;
- жидкое бактерицидное мыло;

- одноразовые полотенца;
- дезинфицирующие растворы для рук;

2) использование пупочного катетера не более одних суток с момента поступления;

3) широкое внедрение глубоких венозных линий и обязательная их замена при появлении первых признаков флебита;

4) этапность заполнения палат в зависимости от возраста ребенка и наличия клинических проявлений инфекции;

5) использование одноразового стерильного инструментария, а в случае необходимости повторного использования тщательная обработка в условиях стерилизационного кабинета и автоклава с последующим строгим контролем качества дезинфекции.

Внедрение такого противоэпидемического режима позволило снизить количество инфекционных осложнений, но не ликвидировать их, что диктовало необходимость разработать тактику рациональной антибактериальной терапии.

В зависимости от вероятности развития инфекционного процесса по данным анамнеза и клиническим проявлениям при поступлении назначалась эмпирическая антибактериальная терапия. После получения результатов клинических и микробиологических анализов проводилось этиотропное лечение с учетом чувствительности выделенного микроорганизма. В последние годы появилась необходимость применения новых антибактериальных препаратов группы фторхинолонов, карбапенемов, цефалоспоринов IV поколения, септрина у новорожденных. Назначение этих лекарственных средств в неонатологии ограничено строгими показаниями и решается коллегиально в каждом конкретном случае. Поэтому существует острая потребность в проведении исследований по их влиянию на организм новорожденного. В противном случае их бесконтрольное использование может привести к скорому появлению резистентных штаммов госпитальной флоры.

В начале работы отделения существовал стандарт микробиологического обследования: при поступлении осуществлялся забор всех возможных материалов (мокрота, кровь, моча, кал,

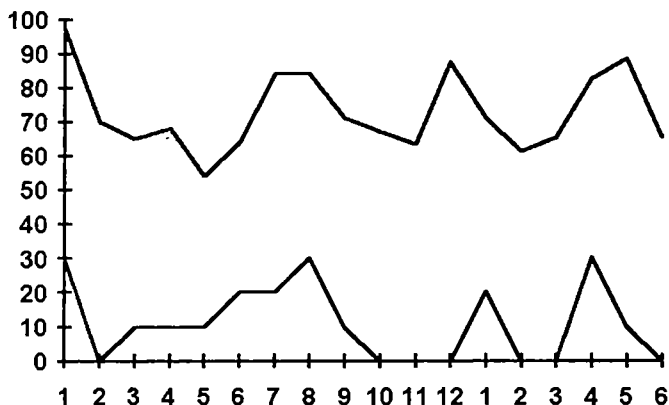
желудочное содержимое, раневое отделяемое, слизь из зева, посев с кожного покрова), затем посевы производились по показаниям (при ухудшении состояния ребенка) или с периодичностью в 1 - 2 недели. Впоследствии был проведен анализ микробиологического мониторинга и установлено, что наиболее информативными для подбора антибактериальных препаратов являются: мокрота, кровь и ликвор. Результаты посевов остальных сред организма не явились диагностически значимыми при назначении антимикробных средств. В настоящее время всем детям, поступающим в отделение на ИВЛ, назначается посев мокроты, а при имеющихся или развивающихся признаках инфекционного осложнения производятся посевы крови и ликвора. Таким образом, появилась возможность снизить нагрузку на лабораторию при сохранении качества бактериологического обследования и уменьшить стоимость диагностики.

Микробиологические обследования в 1998 и в первом полугодие 1999 года проводились на бактериологическом анализаторе Vital и АТВ expression (фирма БиоМерье, Франция). Использование этого аппарата позволяло сократить сроки постановки тестов и давало возможность компьютерного анализа.

При проведении микробиологического анализа мокроты у детей на ИВЛ, прошедших через наше отделение за первое полугодие 1998 и 1999 годов, получены следующие данные:

	1-ое полугодие 1998 г	1-ое полугодие 1999 г
кол-во посевов	282	253
кол-во положит. высево	196 (69,5 %)	193 (76,3 %)
неферментирующие микроорганизмы	37 %	56,5 %
Cryseobacterium	19,3 %	13 %
семейство Enterobacteriaceae	14,1 %	17,6 %
энтерококки	11 %	4,1 %
грибы рода Candida	3,6 %	2,6 %

Неферментирующие микроорганизмы были представлены, в основном, синегнойной палочкой, за счет которой и отмечался выраженный прирост этой группы бактерий. Отмечена корреляция при сопоставлении помесечной высеваемости из мокроты и летальности от инфекционной патологии.



Таким образом, приоритетами в области снижения инфекционной заболеваемости и летальности от госпитальной инфекции мы видим в следующем:

- строгое соблюдение противоэпидемических норм работы в отделении с высоким риском развития нозокомальной инфекции;
- внедрение протоколов антибактериальной терапии в родильных домах и в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- использование бактериологических анализаторов с целью ускорения микробиологической диагностики и удобства микробиологического мониторинга.