

ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРИТ

Турищев И.В., Бенналиева Н.Ф., Бабаев Б.Д., Смирнов Г.В., Кумалагова З.Т.
*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская городская клиническая больница святого Владимира
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования «Российская медицинская
академия непрерывного профессионального образования» Министерства
здравоохранения Российской Федерации Москва, Россия*

Развитие современных медицинских технологий, позволяет проводить терапию пациентов с длительными нарушениями витальных функций, с массивной инвазивной терапией (катетеризация сосудов, в том числе центральных, длительная ИВЛ, заместительная почечная терапия, химиотерапия и др.). Увеличивая инвазивность терапии и длительность пребывания больных в ОРИТ, получая таким образом лучшие исходы лечения, мы получаем и новые проблемы. Внутрибольничные, нозокомиальные, инфекции, связанные с оказанием медико-санитарной помощи (ИСМП) – всё это название одной группы заболеваний. Согласно данным иностранной литературы, частота развития ИСМП колеблется в различных странах от 5-30%. В среднем в развитых странах, представляющих информацию по резистентной флоре в ВОЗ 5-10%, в 3-4 раза увеличивается стоимость лечения, в 4-7 раз увеличивается риск летального исхода. В Европе экономический ущерб от ИСМП составляет ежегодно 7,0 млрд. евро, в США 6,5 млрд. долларов. В США, до последнего времени ИСМП – четвертая причина смертности. По данным ВОЗ прогрессивный рост лекарственной устойчивости микроорганизмов внесён в десятку наиболее опасных для здоровья человечества проблем, в 2050 г. смертность от антибиотикорезистентной флоры выйдет на первое место, среди других заболеваний и может достигнуть 10 млн. человек в год.

Особенно актуальна эта проблема в хирургических реанимациях, занимающихся лечением маловесных и недоношенных с поздней хирургической патологией. У этой группы больных стартовая терапия часто начинается с антибиотиков резерва, из-за быстрой смены препаратов в предыдущих стационарах, с момента поступления имеет место резистентная флора, в том числе в виде генерализованной инфекции.

Кроме того, ОРИТ часто является 2-3 отделением, т. е. получает больного из других подразделений стационара или другого стационара. Одним из наиболее ярких примеров может послужить поступление



недоношенных с поздними (в возрасте старше 1 мес. жизни) энтероколитами, по данным нашего стационара 65% из них имели в основе резистентную больничную микрофлору. У этой группы больных имели место второй и последующие эпизоды нарастания маркеров воспаления, применение антибактериальных препаратов группы резерва, которые являются показателями ранее перенесённых генерализованных инфекций на этапах выхаживания.

Основными проблемными микроорганизмами в настоящее время являются: *Staphylococcus aureus* MRSA, VISA, VRSA, *Enterococcus* spp., *Acinetobacter baumani* MDR-A, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Brucella abortus*, *Klebsiella pneumoniae*, *oxytoca* (ген oxa-48).

В разных стационарах доля того или иного микроорганизма различна.

Кроме бактериальной флоры, всё большую значимость приобретает грибковая, грибы рода *Candida*, в частности *Candida parapsilosis*.

Хотя рекомендации по диагностике инвазивных кандидозов широко опубликованы, не всегда их постулаты реализуемы в практическом применении. При наличии клинических и лабораторных проявлений тяжёлой грибковой инфекции зачастую трудно подтвердить её положительным высеvom из крови. В нашей практике кандидемия подтверждалась лабораторно в 68% случаев, поэтому требовался поиск дополнительных простых лабораторных маркёров грибковой инфекции, в своём отделении мы использовали следующие: повышение уровня СРБ – 35 %, тромбоцитопения – в 100 %.

Способы предотвращения развития ИСМП также достаточно широко описаны, это асептика, антисептика, этапное размещение и разобщение больных, принципы открытой реанимации, методики изоляции, рациональная антибиотикотерапия.

ВЫВОДЫ:

Наличие и формирование резистентной флоры – прямой результат медицинской и хозяйственной деятельности человека (антибиотики в животноводстве и растениеводстве, нерациональная антибиотикотерапия в медицине).

Не обнажив проблему, её невозможно решить – необходим истинный учёт ИСМП, с публикацией данных, определением чувствительности, рекомендаций по терапии внутри стационара.

Требуется обмен данными между стационарами.

Требуется постоянный контроль за уменьшением стартовой агрессивности антибиотикотерапии и преждевременной сменой антибиотиков.

Хорошо оснащённая лаборатория может оказать большую помощь, современное оборудование позволяет выдавать ответ в течение 24 ч, с определением чувствительности и МПК, желательно проводить детекцию БЛРС, МБЛ (ЕДТА).

Необходима коллегиальная работа лечащего врача, клинического фармаколога, эпидемиолога, бактериолога. В данном случае роль профильного специалиста по антибиотикотерапии заключается в сборе и обобщении данных по резистентной флоре в конкретном стационаре и его различных подразделениях, рекомендациях по коррекции антибактериальной терапии, особенно в отношении панрезистентных возбудителей.