

В рамках направления:

«Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения
и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение»



**XV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ,
ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ**

ТЕМАТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ



**ПРОГРАММА
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ**

4 – 5 АПРЕЛЯ 2017 ГОДА

**ЗДАНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ
НОВЫЙ АРБАТ, 36**

путей (НДП), включая нозокомиальную (НП) и вентилятор-ассоциированную пневмонию (ВАП), в отделении анестезиологии и реанимации для создания локальных рекомендаций по рациональному выбору антибактериальной терапии.

Материалы и методы: в исследование включено 112 образцов бронхиальных смывов у 84 пациентов с инфекцией НДП, находящихся в отделении анестезиологии и реанимации в 2015-2016гг. При идентификации штаммов использовались общепринятые методы. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом. Оценивалась чувствительность к антибиотикам при уровне резистентности штаммов менее 20%.

Результаты: в 87 образцах выявлен рост микроорганизмов. В 24 образцах выявлены микробные ассоциации. Всего выделено 110 штаммов микроорганизмов: *Acinetobacter spp* 26 штаммов (23,6%), *P. aeruginosa* – 20 штаммов (18,1%), *K. pneumonia* – 10 штаммов (9%), *K. pneumonia* ESBL – 10 штаммов (9%), также было выявлено 2 штамма *K. pneumonia* MBL, *E. coli* – 4 штамма (3,63%), *E. coli* ESBL – 6 штаммов (5,45%), *S. pneumonia* – 10 штаммов (9%), *S. aureus* – 14 штаммов (12,7%), *Enterococcus spp* – 2 штамма (1,8%), *Candida albicans* – 4 штамма (3,63%) и *Candida krusei* – 2 (1,8%). Среди *K. pneumonia*, включая штаммы продуцирующие ESBL, сохранялась чувствительность к карбапенему, имипенему и цефоперазону/сульбактаму, штаммы, продуцирующие MBL, были чувствительны только к тигециклину. Преобладали ESBL-продуценты среди штаммов *E.coli*, которые демонстрировали чувствительность к меронему и имипенему. Штаммы *Acinetobacter spp* были чувствительны только к цефоперазону/сульбактаму. Среди штаммов *P.aeruginosa* выявлена устойчивость практически ко всем группам антибиотиков, за исключением цефоперазона/сульбактама и в 80% случаев к амикацину и имипенему. Из 14 штаммов *S. aureus*, 4 были ORSA, ванкомицинрезистентных штаммов не выявлено. Штаммы *Enterococcus spp* были чувствительны ко всем исследуемым антибиотикам. В составе микробных ассоциаций встречались *S. aureus*, *E. coli*, *Enterococcus spp* и *Candida*.

Выводы: ведущими возбудителями нозокомиальных инфекций нижних дыхательных путей в отделении анестезиологии и реанимации являются *K. pneumonia*, *Acinetobacter spp* и *P. aeruginosa*, характеризующихся множественной лекарственной устойчивостью. Анализ этиологической структуры микробного пейзажа и определение антибиотикорезистентности при инфекции НДП в отделении анестезиологии и реанимации позволяет оп-

тимизировать антибактериальную терапию: отказаться от незащищенных цефалспоринов 3 поколения, уменьшить использование карбапенемов, гентамицина и ципрофлоксацина.

БЕЗОПАСНАЯ ВОЗДУШНАЯ СРЕДА, КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП

*Бразинкова Е.В., Амплеева Т.В.,
ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ»*

Важным условием предупреждения возникновения внутрибольничной инфекции, уменьшения послеоперационных осложнений является обеспечение необходимой чистоты воздуха в ЛПУ. Для решения этой задачи требуется применение систем вентиляции, кондиционирования и обеззараживания воздуха. Воздух в ЛПУ – один из основных факторов передачи возбудителей инфекций в том числе и инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Качество и безопасность воздушной среды в ЛПУ характеризуется прежде всего уровнем ее бактериальной обсемененности. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды регламентируются с учетом функционального назначения помещений и класса чистоты. Уровень бактериальной обсемененности зависит от многих факторов и тесно связан с запыленностью помещений и физическими свойствами воздушной среды (температурой, влажностью). Величина запыленности воздуха помещений ЛПУ различается в очень широких пределах от 10-4 до 0,5 мг/м³. Воздух в помещениях считается чистым, если концентрация пыли не превышает 0,1 мг/ м³.

Микроорганизмы могут находятся в воздухе в пылевой или капельной фазе, другими словами адсорбироваться на частицах пыли или каплях жидкости. Микроорганизмы в пылевой и капельной фазе ведут себя по-разному. УФ-облучение в пылевой фазе дает меньший бактерицидный эффект, чем в капельной фазе.

Традиционно, обеззараживание воздуха с целью снижения уровня бактериальной обсемененности и создания условий для предотвращения распространения возбудителей инфекционных болезней, в помещениях ЛПУ проводится с помощью ультрафиолетового облучения, для этого используются ультрафиолетовые бактерицидные установки. Реакция живой микробной клетки на УФ-излучение не одинакова, более чувствительны к воздействию УФ-излучения вирусы и бактерии в вегетативной форме

(палочки, кокки), менее чувствительны грибы и простейшие. Наибольшей устойчивостью обладают споровые формы бактерий.

Метод обеззараживания воздуха с помощью ультрафиолетового облучения имеет ряд недостатков: для получения бактерицидного эффекта требуется значительное время экспозиции, монохроматичность или селективность ультрафиолетового излучения, низкая биоцидная активность в отношении грибов, ряда вирусов и спор.

Циркулирующие в стационарах возбудители внутрибольничных инфекций постепенно формируют штаммы обладающие устойчивостью к воздействию монохроматического ультрафиолетового облучения традиционными бактерицидными лампами. Решением проблемы распространения ИСМП является внедрение в практику новых медицинских технологий обеззараживания воздушной среды и поверхностей, в частности применение УФ-установок с импульсной ксеноновой лампой «Альфа», что позволяет значительно сократить время обработки помещений, обеспечивает высокую эффективность инактивации различных микроорганизмов: вирусов, бактерий в том числе споровых форм, грибов.

В нашем стационаре УФ-установки с импульсной ксеноновой лампой используются для экстренного и планового обеззараживания воздуха и поверхностей в операционных, реанимационных залах, в помещениях приемного отделения.

Инфекционная безопасность пациентов и персонала, а также комфортные условия пребывания пациентов в медицинских учреждениях, зависят от технологии очистки и обеззараживания воздуха, направленной на обеспечение регламентированной чистоты воздуха в различных помещениях.

ОЖИДАЕМЫЙ УРОВЕНЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА «В» И ТУБЕРКУЛЁЗА НОВОРОЖДЕННЫХ

Восканян Ш.Л., Гладкова Л.С., к.м.н., Тихонова И.А.

ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ»

Цель: определить ожидаемый охват иммунизацией новорожденных против гепатита «В» и туберкулеза.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Родильного дома ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ». Проанализированы 1130 историй развития новорожденного (форма № 097/у) и историй родов (форма

№096/у) за первый квартал 2015-2016гг. Использованы эпидемиологические и статистические методы исследования.

Результаты. Охват вакцинацией новорожденных против гепатита «В» составил 73,2%, против туберкулеза – 82,6%. Побочные реакции не были зарегистрированы ни у одного ребёнка.

Временные медицинские отводы от вакцинации против гепатита «В» и туберкулеза составили по 9,6%. В структуре причин отсутствия вакцинации против гепатита «В» временные медицинские отводы составили 36,0% и представлены гипокси-ишемическим поражением ЦНС (29,3%), внутриутробной пневмонией (23,8%), риском развития гемолитической болезни новорожденных (среднетяжелые и тяжелые формы) (9,2%), внутриутробными инфекциями без очага (33,9%).

Доля временных медицинских отводов среди всех причин отсутствия вакцинации против туберкулеза составила 55,6%. Среди них гипокси-ишемические поражения ЦНС (29,3%), внутриутробные пневмонии (23,8%), внутриутробная инфекция без очага (35,7%), риск развития гемолитической болезни новорожденных (среднетяжелые и тяжелые формы) (4,6%).

По причине ранней выписки и перевода в другой стационар своевременно не вакцинированы 2,5% (5 новорожденных), из-за отсутствия результатов анализов матери на ВИЧ в обменной карте – 6,1% (12 новорожденных).

Среди всех причин низкого охвата иммунизацией новорожденных согласно Национальному календарю профилактических прививок значительную долю занимают отказы матерей (34,2% и 64,0% соответственно), которые обусловлены неудовлетворительной организацией санитарного просвещения населения органами здравоохранения и образования.

Следует обратить внимание на периодическое отсутствие вакцин на 3-м уровне «холодовой цепи», вследствие чего против гепатита «В» в 2015г. не были вакцинированы 24,3% всех непривитых новорожденных, против туберкулеза не привиты 8,4-8,6% новорожденных в 2015-2016гг соответственно.

Выводы. Таким образом, в роддоме г. Москвы охват вакцинацией новорожденных как от гепатита «В», так и от туберкулеза составляет менее 95%. Основными причинами низкого охвата вакцинацией новорожденных против гепатита «В» являются отказы матерей, против туберкулеза временные медицинские отводы.