

НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ – ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.В. Зверьков, А.П. Зузова

Смоленская ГМА, г. Смоленск, Россия

Е-mail авторов: dr.zverkov@mail.ru

Цель исследования: оценить микробиологическую и клиническую эффективность обработки полости рта и глотки в профилактике нозокомиальной пневмонии у больных с острым инсультом, госпитализированных в профильное отделение.

Материалы и методы.

Проведено двойное слепое рандомизированное исследование эффективности хлоргексидина / дистиллированной воды при обработке полости рта и задней стенки глотки. Обследовано 60 пациента (основная группа), которым с момента поступления до момента выписки (смерти), в среднем 22,4 (7-35 суток) проводилась обработка полости рта и глотки 0,1% раствором хлоргексидина 2 раза в сутки, и 57 пациентов (контрольная группа, длительность госпитализации 23,8 (6 - 35) суток), которым проводилась обработка полости рта дистиллированной водой 2 раза в сутки. Исследование микрофлоры задней стенки глотки проводилось на 3-и сутки госпитализации и перед выпиской. Было проведено 215 микробиологических исследований (мазков из зева) в обеих группах.

Результаты и обсуждение.

В группе с обработкой полости рта 0,1% раствором хлоргексидина нозокомиальная пневмония была выявлена у 2-х больных (3,2% от количества больных в группе). В группе больных, которым проводилась обработка полости рта дистиллированной водой, пневмония была выявлена у 1 больного (1,7% от количества больных в группе). На 3 сутки с момента поступления в группу с обработкой хлоргексидином нозокомиальная флора идентифицирована у 10 больных (16,6% от количества больных в группе), в группе с обработкой дистиллированной водой у 12 (21,1% от количества больных в группе), при повторном исследовании потенциальные возбудители НП на задней стенке глотки были выявлены в группе с обработкой 0,1% раствором хлоргексидина у 7 (11,67%) пациентов, в группе с обработкой дистиллированной водой у 9 (15,8%) пациентов. Частота встречаемости возбудителей в целом составила *E.coli* – 37,0%, *H.influenzae* – 22,2%, *A.baumannii* – 7,4%, *S.aureus* – 7,4%, *E.cloacae* – 7,4%, *Enterobacter spp.* – 3,7%, *K. pneumoniae* – 3,7%, *Klebsiella oxytoca* – 3,7%, *S.pneumoniae* – 3,7%, *Non-fermenting gram negative rods* – 3,7%.

Выводы: клинической эффективности обработки задней стенки глотки хлоргексидином по сравнению с дистиллированной водой выявлено не было. В обеих группах нозокомиальная пневмония была диагностирована с одинаковой частотой. Частота выделения клинически значимых возбудителей с задней

стенки глотки в группе с хлоргексидином была более низкой.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ОБШИРНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Н.М. Корецкая, Н.В. Пыринова

Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
КТБ-1 УФСИН по Красноярскому краю, г. Красноярск,
Россия

Е-mail авторов: kras-kaftuber@mail.ru

В последние годы повсеместно, в том числе и в пенитенциарной системе, увеличивается число больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), устойчивые к противотуберкулезным препаратам (ППП), и все большую роль играет множественная (МЛУ) и обширная лекарственная устойчивость (ОЛУ).

Цель исследования: изучить клиническую структуру и социальную характеристику больных туберкулезом с вторичной МЛУ и ОЛУ МБТ.

Материал и методы.

Под наблюдением находилось 70 осужденных мужчин, больных туберкулезом легких, лечившихся в КТБ-1 УФСИН: 15 – с рецидивом, 55 – с хроническим течением процесса. Наибольшую долю составляли лица, имевшие 3 и более судимости (77,1%); 35,7% имели только начальное или не законченное среднее образование. Семью имели лишь 65,7%. Распространенными были вредные привычки: 100% курили; до заключения злоупотребляли алкоголем – 24,3%, употребляли наркотики – 44,3%, являлись токсикоманами – 2,9%.

Результаты и обсуждение.

Длительность заболевания до 5 лет составила 35,7%, от 5 до 10 лет – 37,1%, свыше 10 лет – 27,2%. По формам туберкулеза больные распределились следующим образом: диссеминированная – 21,4%, инфильтративная – 35,7%, туберкулема – 12,9%, фиброзно-кавернозная – 30,0%. Преобладали распространенные процессы: долевые – 31,4%, более доли – 34,3%, тотальное поражение обоих легких – 10,0%. Распад констатирован у 92,5%. Легочно-сердечная недостаточность имела место у 51,4%. Подавляющее большинство (90,0%) имело сопутствующие заболевания. Из заболеваний группы риска наибольшую долю составили ХНЗЛ – 48,6% ВИЧ-инфекция – 8,6%, язвенная болезнь 5,7%. Гепатит В и С диагностирован соответственно у 41,4 и 34,3%.

Классическая МЛУ (устойчивость к изониазиду и рифампицину) наблюдалась у 26,7% больных с рецидивом и у 18,2% с хроническим течением заболевания. Частота сочетания МЛУ с устойчивостью к ППП основного и резервного ряда у больных с реци-

дивом и с хроническим течением туберкулеза легких была различной. В первом случае преобладало сочетание МЛУ с устойчивостью к ПТП основного ряда – 66,7%, во втором – такая устойчивость наблюдалась реже – 48,1%, а в 51,9% сочеталась МЛУ с устойчивостью к ПТП основного и резервного ряда, при этом наибольшую долю составило сочетание: изониазид + рифампицин + стрептомицин + этамбутол + канамицин – 25,9%. У 21,8% больных с хроническим течением определена ОЛУ (сочетание МЛУ с устойчивостью к фторхинолонам и одному из инъекционных ПТП резервного ряда), представляющая наиболее тяжелый вид лекарственной устойчивости.

Лечение больных осуществлялось по IV и по индивидуальным режимам химиотерапии. Плохо переносили ПТП 17,1%. Прооперировано 3 больных (4,3%); 34,3% больных от оперативного лечения отказались. Эффективность лечения была низкой: у больных с рецидивом прекращение бактериовыделения наблюдалось в 46,7%, закрытие полостей распада – в 46,7%, с хроническим течением соответственно в 20,0% и 20,9%.

Таким образом, у больных туберкулезом, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях, особенно при хроническом течении заболевания, имеет место высокая частота сочетания МЛУ с лекарственной устойчивостью к ПТП как основного, так и резервного ряда, что в сочетании с низкой эффективностью лечения и с учетом социальной дезадаптации делает эту категорию больных высокоопасной в эпидемиологическом отношении. В лечении таких больных требуется не только соблюдение режимов химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности МБТ, но и повышение оперативной активности, а также применение как патогенетической терапии и коллапсотерапии, так и современных методов лечения: локорегиональной химиотерапии и клапанной бронхоблокации, что позволит предотвратить распространение особо тяжелых форм инфекции.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

*М. Крстич, В.В. Базаев,
А.Б. Зилькарнаев, А.В. Ватазин*

Московский ОНИИ им. М.Ф. Владимирского, Россия

E-mail авторов: dolce-vita07@mail.ru

Трансплантация почки является единственным радикальным методом лечения пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). Гнойно-септические состояния являются причиной более 50% случаев всех осложнений в послеоперационном периоде после трансплантации почки. Исходно тяжелое состояние пациента, иммуносупрессивная терапия, ишемические и реперфузи-

онные повреждения трансплантата, а также длительность оперативного вмешательства служат предрасполагающими факторами неблагоприятного исхода. Применяемая в настоящее время иммуносупрессивная терапия, необходимая для подавления реакции отторжения трансплантированного аллогенного органа, вызывает нарушение противомикробного иммунитета. Расширение арсенала новых иммунодепрессантов способствует значительному снижению потери трансплантатов почек, предупреждает возникновение (развитие) реакций отторжений и увеличивает продолжительность функционирования пересаженного органа. При этом отмечено снижение сопротивляемости организма реципиента, что влечет за собой рост числа гнойно-септических осложнений. Следует отметить увеличение выявления полирезистентных штаммов бактерий в посттрансплантационном периоде. Трансплантация почки сопровождается рядом технических проблем, способствующих развитию гнойно-септических осложнений, которые, как правило, развиваются в ишемизированной ране и некачественном гемостазе. Возникновение гнойно-септических осложнений у реципиентов ренального трансплантата, зависит от множества причин, среди которых важные – экзогенная, эндогенная и смешанная инфекции. При этом время развития инфекций рассматривается в 3 интервалах: раннее (от 0 до 30 дней после трансплантации), промежуточное (спустя 31–180 дней после трансплантации) и позднее (спустя 180 дней и более после трансплантации). Ранние инфекции вызываются чаще всего бактериями и дрожжами. Промежуточное время – типичное время для начала инфекций, связанных с передачей хронических инфекций донора (вирусные инфекции и др.). В позднее время после пересадки печени инфекции недостаточно полно определяются, так как диагностика и суждение о полученных данных происхождения стационара. Спустя продолжительное время после трансплантации сказывается эффект иммуносупрессивной терапии – появляются и становятся преобладающими оппортунистические инфекции. Известно, что пути распространения, как правило, зависят от микробного возбудителя. Суммируя данные литературы следует отметить, что *Pseudomonas aeruginosa* – через медицинское оборудование (аппараты ИВЛ), *Staphylococcus aureus* распространяется аэрогенным путем, через воздух и воду, руки персонала. *Klebsiella spp.* передается при несоблюдении гигиены рук персоналом. Необходимо отметить, что основными факторами риска развития нозокомиальных инфекций являются проблемные микроорганизмы – метициллинрезистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, грамотрицательные бактерии – продуценты β-лактамаз расширенного спектра.

Таким образом, анализируя проблему гнойно-септических осложнений после трансплантации почки, несмотря на проводимые мероприятия по предупреждению развития послеоперационных гнойно-септических осложнений при трансплантации почки,