

7. Diagnosticul dismicrobismului intestinal are un rol decisiv în confirmarea și aprecierea fazei de evoluare a procesului dat.

8. Conlucrarea medicilor-cliniciști, microbiologi și epidemiologi ar soluționa problema prin diminuarea incidenței infecțiilor tractului digestiv și disbacteriozei intestinale.

Propuneri

Singura modalitate de protecție împotriva bolilor diareice acute este profilaxia, ceea ce implică un întreg ansamblu de măsuri de prevenire și de supraveghere a infecțiilor intestinale. Cel mai important este să se respecte principalele reguli de igienă personală și colectivă. Măinile trebuie spălate ori de câte ori este cazul, adică înainte și după masă, după folosirea toaletei sau la venirea acasă.

Pericolul declanșării bolii diareice apare și atunci când se consumă fructe sau legume nespălate, când se bea apă din locuri nesigure. E necesar de verificat termenul de păstrare al tuturor alimentelor pe care le cumpărăm și să le păstrăm la rece. Personalul care lucrează în sectorul alimentar, cei care lucrează cu instalațiile centrale de apă, dar și persoanele ce îngrijesc copii mici ar trebui să efectueze examene bacteriologice periodice, pentru a evita orice risc de infectare la locul de muncă.

Asigurarea populației cu apă de băut și produse alimentare de calitate, asanarea mediului înconjurător și salubritatea localităților, crearea condițiilor adecvate de dezvoltare, educație, studii, muncă și odihnă, în primul rând a copiilor, precum și respectarea igienei personale sunt măsurile cele mai elementare de prevenire a apariției unor boli cu cale de transmitere digestivă.

Determinarea sensibilității microorganismelor la preparatele antimicrobiene a devenit o problemă prioritară pentru sistemul de sănătate, din cauza rezistenței acestora față de preparatele respective, de aceea se cere o colaborare cu medicii-clinicieni la prescrierea în comun a tratamentului etiologic bolnavilor cu boli infecțioase și complicații ale lor.

Bibliografie

1. Evtodienco V., Coteț O., Sliusari V. *Unele aspecte ale maladiilor intestinale în Republica Moldova*. În: *Supravegherea epidemiologică în maladiile actuale pentru Republica Moldova*. Chișinău, 2000, p. 55-59.
2. Buiuc D., Neguț M. *Tratat de microbiologie clinică*. București, 2012; p. 409-513.
3. Jehl F. et al. *De la antibioticogramă la prescripție*. București, 2004; p. 41-50.
4. Galețchi P. *Dismicrobismul intestinal*. Chișinău, 2001, p. 52-72.
5. Evtodienco V., Coteț O., Burduniuc O., Cojocari R., Gheorghita S., Balan G. *Diagnosticul de laborator al infecțiilor intestinale*. Indicații metodice. Chișinău, 2012, p. 25-36.

PARTICULARITĂȚI EPIDEMIOLOGICE ALE INFECȚIILOR NOSOCOMIALE LA PACIENȚII DE PROFIL CHIRURGICAL ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Parascovia DODIȚĂ, Luminița SUVEICĂ,
Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău

Summary

Epidemiological peculiarities of nosocomial infections for surgical patients in Chisinau city

This paper provides the analysis of nosocomial infections in surgical patients registered in Chisinau city in the period of 2008-2013 years. The analysis shows that the incidence of nosocomial infections in surgical patients is higher in Chisinau city than in Moldova, being higher with 1 per 1000 surgeries. The level of hospital morbidity among surgical patients is 2,6 per 1000 surgeries in Chisinau and 1,6 per 1000 surgeries in Moldova. The registered level of morbidity does not show the real situation, it is lower because of insufficient diagnostic and registration of nosocomial infections. In the general structure of Nosocomial Infections prevail purulent septic infections, with the rate of 93,7% to 97,3%. The etiology of septic purulent infections is very wide, including 16 species of opportunistic pathogens. More frequently were isolated association of different microorganisms – 24,7%. Isolated microorganisms are resistant to 36,4% of the most used antibiotics. The causes of hospital-acquired infections are varied and require the concerted action of employees from medical institutions and the Center of Public Health.

Keywords: *hospital morbidity, septic-purulent infections, microorganisms*

Резюме

Эпидемиологические особенности внутрибольничных инфекций у хирургических больных в мун. Кишинэу

В данной работе приводится анализ внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных в мун. Кишинэу в период 2008-2013 г. Анализ свидетельствует о том, что уровень внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных составляет 2,6 на 1000 операций и не соответствует действительности, имеет тенденцию к снижению из-за неполной регистрации. В структуре общей внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных преобладают гнойно-септические инфекции, удельный вес которых составляет 95%. Возбудителями гнойно-септических инфекций является широкий спектр микроорганизмов, в которых преобладает ассоциация микробов – 24,7%. Выделенные возбудители являются резистентными в 36,4% случаев к большинству использованных антибиотиков. Причины возникновения внутрибольничных гнойных инфекций разнообразны и преобладает связь с основным заболеванием пациента.

Ключевые слова: *госпитальная заболеваемость, гнойно-септические инфекции, микроорганизмы*

Introducere

Infecțiile nosocomiale (IN) ori infecțiile asociate asistenței medicale (IAAM) rămân în continuare o problemă majoră de sănătate publică în medicina contemporană, fiind declarate ca prima provocare globală în domeniul siguranței pacienților. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază că IAAM reprezintă o problemă „ascunsă”, pe care nicio instituție sau țară nu a reușit să o rezolve. Conform datelor Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor, anual peste 4,1 milioane de persoane din Uniunea Europeană se îmbolnăvesc cu o IAAM, iar în jur de 37000 de persoane decedează din această cauză. În medie 1 dintre 20 de pacienți contractează o infecție pe perioada spitalizării [2, 3, 9, 10].

În Republica Moldova, infecțiile nosocomiale constituie una dintre problemele prioritare pentru sănătatea publică. Conform datelor statistice, în structura infecțiilor nosocomiale, în anul 2013 au predominat infecțiile septico-purulente nosocomiale (ISPN) la lăuze – 41,1% (a. 2012 – 49%; 2011 – 41%), urmate de infecțiile septico-purulente la pacienții de profil chirurgical – 21,8% (a. 2012 – 23,8%; 2011 – 23,5%), infecții la nou-născuți – 11,3% (a. 2012 – 11,6%; 2011 – 17,4%), infecții în consecința unei injecții, perfuzii – 18,2% (a. 2012 – 11,9%; a. 2011 – 14,8%). Incidența prin infecții nosocomiale la bolnavii de profil chirurgical, în anul 2013, ca și în 2012, a constituit 1,4 la 1000 intervenții chirurgicale (în 2011 – 1,3 cazuri la 1000 intervenții chirurgicale). Totodată, nivelul înregistrat al morbidității prin infecții intraspitalicești este subapreciat, mai cu seamă în staționările chirurgicale. În urma unui studiu aprofundat, s-a demonstrat că morbiditatea reală prin ISPN în staționările chirurgicale constituie 83,6 la 1000 operații [2, 6].

În ultimele decenii, în legătură cu progresul tehnico-științific și utilizarea multiplelor și diverselor manopere irascibile (agresive) asupra organismului pacientului, a apărut un mecanism artificial puternic de transmitere a infecțiilor nosocomiale. Un alt factor ce provoacă dezvoltarea IN în instituțiile medico-sanitare, îndeosebi în staționările de profil chirurgical, este prezența într-un număr mare a persoanelor cu statut imun diminuat și sunt create condiții prielnice pentru formarea tulpinilor autohtone spitalicești, ducând la apariția infecțiilor septico-purulente [3, 4]. O cauză a apariției infecțiilor nosocomiale este utilizarea irațională a preparatelor antimicrobiene și formarea la microorganisme a rezistenței către acestea. Peste 380000 de europeni fac anual infecții cu bacterii antibioticorezistente, iar 25000 persoane mor anual din cauza epuizării tuturor resurselor terapeutice [1, 7, 10].

Materiale și metode

Studiul se bazează pe datele înregistrate în Formularele de evidență statistică medicală, aprobate de MS: F. 003/e, 008/e, 060/e, 069/e; pe fișele de anchetare epidemiologică a cazurilor de IN, materialele analizei retrospective a morbidității prin IN, înregistrate în IMS din mun. Chișinău pentru anii 2008-2013, pe rezultatele evaluării sanitaro-epidemiologice a IMS în această perioadă. La prelucrarea materialului a fost utilizată metoda clasică de analiză epidemiologică.

Rezultate și discuții

În mun. Chișinău, la pacienții de profil chirurgical, în perioada 2008-2013 au fost înregistrate 1274 de cazuri de infecții nosocomiale condiționate de acordarea asistenței medicale în 14 spitale publice de profil chirurgical, 12 spitale private și 40 de instituții pentru asistență medicală primară. Morbiditatea generală prin IN înregistrată în municipiu, la pacienții de profil chirurgical, în perioada analizată, constituie 41,25%. Se atestă o rată sporită a IN înregistrate la pacienții tratați în instituțiile medicale publice – 1240 de cazuri (97,3%), comparativ cu 34 de cazuri (2,7%) printre cei tratați în instituțiile medicale private. În structura infecțiilor nosocomiale la bolnavii de profil chirurgical domină infecțiile septico-purulente – 1211 de cazuri (95%), 56 de cazuri (4,4 %) hepatite virale asociate cu asistența medicală și 7 cazuri (0,6%) de tuberculoză ca boală profesională între angajații IFP „Chiril Draganiuc” și Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie (figura 1).

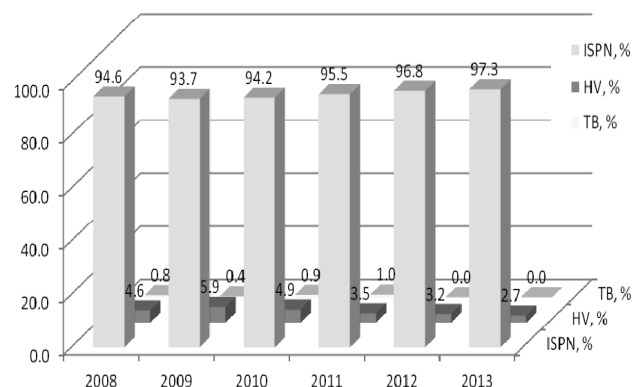


Figura 1. Structura prin IN la pacienții de profil chirurgical în mun. Chișinău, anii 2008-2013

În perioada analizată, incidența morbidității prin IN la pacienții de profil chirurgical în municipiu este mai înaltă comparativ cu morbiditatea generală pe țară, depășind media (m) anuală cu 1 caz la 1000 intervenții chirurgicale (media mun. Chișinău = 2,6; m. RM = 1,6). Totodată, în dinamica multianuală a morbidității prin IN, în municipiu se evidențiază tendința de diminuare a incidenței morbidității prin

ISPN la pacienții de profil chirurgical de la 3,2 la 1000 operații în anul 2003 până la 2 la 1000 operații în 2013 (figura 2).

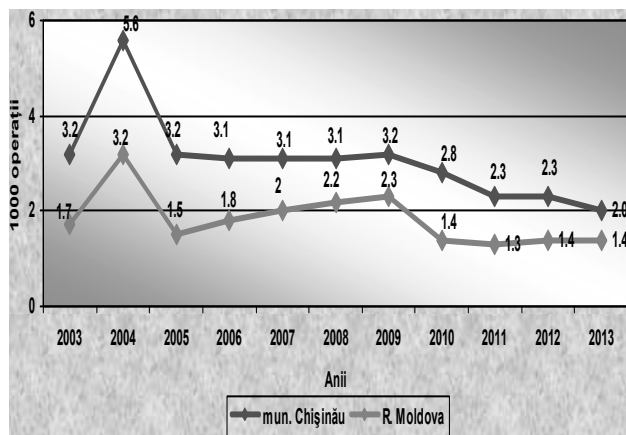


Figura 2. Dinamica morbidității prin ISPN în mun. Chișinău și în RM, 2003-2013

Astfel, până în prezent, în activitatea instituțiilor medicale se atestă o înregistrare insuficientă a cazurilor de infecții septico-purulente, în special e vorba de ascunderea conștientă a acestora. Efectuând expertiza activă a 2778 de fișe ale pacienților (F. 003/e) din spitalele de profil chirurgical, au fost depistate încă 43 de cazuri de infecții septico-purulente nosocomiale nediagnosticate și neraportate în modul stabilit de prevederile „Ghidului de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale”. Cazuri de ISPN au fost înregistrate în toate IMSP. Totodată, în unele din ele – Institutul Cardilogic, Institutul Mamei și Copilului, Clinica „Em. Coțaga”, în ultimii 2 ani și în Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, SCM nr. 1 și spitalul „Sfânta Treime” – se atestă o activitate nesatisfăcătoare de diagnosticare și raportare a cazurilor de ISPN și incidența morbidității în instituțiile nominalizate constituie doar 0,1-1,7 la 1000 operații, față de municipiu – 2,6 la 1000 operații.

În structura infecțiilor septico-purulente înregistrate, se evidențiază infecțiile plăgii chirurgicale, constituind 1027 cazuri sau 84,9% din totalul de 1211 cazuri ISPN, în 112 de cazuri (9,2%) – infecții contractate în urma injecțiilor și perfuziilor, 62 de cazuri (5,1%) – pneumonii și doar în 10 cazuri (0,8%) – infecții ale tractului urinar. Starea lucrurilor privind diagnosticarea și notificarea cazurilor de infecții ale tractului urinar și pneumoniilor nosocomiale rămâne în continuare nesatisfăcătoare.

ISPN au fost înregistrate la toate sistemele de organe, cu predominarea afectării organelor cavității abdominale – 48,6%, infecții ale organelor sistemului respirator și celui osteomuscular – 10,7%, respectiv, infecțiilor pielii și a țesuturilor moi – 7,4%, infecțiilor sistemului de reproducere – 4,1%, infecțiilor sistemului cardiovascular – 3,9 %, la alte sisteme de organe – sub 1,7% fiecare. Se atestă o diversitate a formelor

nosologice: plagă supurată (38,9%), abcese postoperatorii ale organelor și diverse spații anatomice (20,4%), flegmon și abcese ale țesuturilor (11,6%), infecția osteomielitică și osteite (8,5%), mediastenite (6,3%), peritonite (4,4%), endometrite și epididemite (3,9%), empiem pleural (2,9%), ventriculite și meningoencefalite purulente (2,2%) și altele.

Conform datelor prezentate de IMSP, infecțiile septico-purulente în majoritatea cazurilor (64,8%) sunt înregistrate la a 10-11-a zi după operație, în 22,4% – după 6-9 zile din ziua operației și doar în 12,8% cazuri sunt diagnosticate în primele 4-5 zile de la operație. Totodată, în urma expertizei fișelor medicale ale pacienților operați și după anchetarea cazurilor de ISPN, s-a constatat că, în majoritatea cazurilor (40,1%), primele semne pentru diagnosticarea cazurilor de infecții ale plăgii chirurgicale apar în primele 4-5 zile de la operație. După 6-9 zile INSP au fost determinate în 31,3% cazuri, iar după 10-11 și mai multe zile din momentul operației – în doar 28,6% cazuri.

Acest fapt demonstrează ascunderea cazurilor de ISPN prin depistarea tardivă intenționată a apariției complicației și externarea pacienților din staționar cu prezența infecției, cu scopul de a evita responsabilitatea pentru apariția acestor complicații. A sporit ponderea examinării microbiologice a cazurilor de ISPN, constituind 84,7% comparativ cu 56,3% în anul 2008 [7]. Structura etiologică a ISPN este foarte variată, fiind generată de 16 specii de microorganisme condiționat patogene și patogene inclusiv, și asocieri ale acestora – a câte 2-3 microorganisme (figura 3).

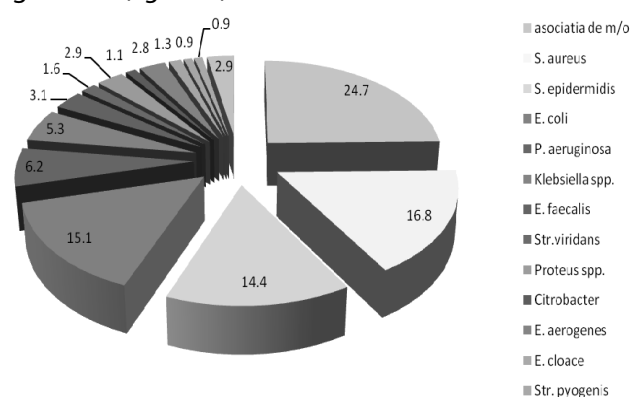


Figura 3. Structura etiologică și ponderea agenților cauzali ai ISPN, a. 2008-2013

Este important de menționat că în structura etiologică a ISPN predomină asocieri de microorganisme, rata cărora a sporit de 4 ori – de la 6,8% în anii 2002-2007 până la 24,7% în 2008-2013 [7]. Totodată, în perioada analizată, comparativ cu anii 2002-2007, se atestă diminuarea ratei *E. coli* – 15,1%, față de 22,4%; *S. aureus* – 16,9% față de 21,8% și *P. aeruginosa* – 6,2% față de 11,2%.

Agenții microbieni ai ISPN manifestă rezistență la majoritatea antibioticelor utilizate. Analizând sensibilitatea la 26000 de tulpini microbiene, s-a determinat că 9464 de tulpini izolate (36,4%) au manifestat rezistență la 49 de preparate antimicrobiene din 19 grupuri de preparate utilizate în IMS [8]. Microorganismele au dezvoltat rezistență la antibioticele din grupurile: penicinelor (51,4%), cefepimelor (41,8%), tetraciclinelor (35,1%), aminoglicozidelor (31,5%), macrolidelor (19,5%), fluochinolonele (12,8%). Familia *Pseudomonadaceae* a dezvoltat rezistență în 100% cazuri față de penicilină, în 96% cazuri față de oxacilină, în 93,3% cazuri față de ampicilină și în 83,5% cazuri față de amoxicilină. Familia *Enterobacteriaceae* a manifestat rezistență față de oxacilină în 100% cazuri, din genul *Enterococcus* – în 75,1%, *Streptococcus* – 47,4%, *Staphylococcus* – 35,2% cazuri. O situație similară se atestă față de ceftriaxon, la care s-au dovedit a fi rezistente microorganismele din genul *Enterococcus* (88%) și familia *Pseudomonadaceae* (în 83,5% cazuri).

Analiza anchetării cazurilor de infecții nosocomiale și rezultatele evaluării sanitaro-epidemiologice a IMS denotă o diversitate de cauze posibile ale apariției acestora. Unul dintre factorii de risc ce determină contractarea infecțiilor septico-purulente în majoritatea cazurilor este gravitatea maladiei de bază a pacienților pe fundalul unui proces inflamator. Nu mai puțin importantă este starea generală de sănătate a pacientului, prezența maladiilor asociate, ceea ce contribuie la slăbirea statutului imun (diabet zaharat, maladii oncologice și alte boli degenerative), utilizarea tehnicilor medicale sofisticate și irascibile cu scop de tratament [6, 8].

Totodată, se atestă și unele neajunsuri privind respectarea condițiilor igienice și regimului sanitaro-antiepideemic în IMS. Cel mai des se întâlnește aprovizionarea insuficientă cu apă caldă, funcționarea nesatisfăcătoare a filtrelor sanitare către blocurile de operații și încăperile sanitare din secții. Rămâne o problemă funcționarea defectuoasă și ineficientă a sistemului artificial de ventilare a aerului în sălile de operații, pansamente, terapie intensivă și reanimare. Sub acest aspect, starea lucrurilor se agravează și mai mult din cauza activității chirurgicale intense în sălile de operații și ignorării pauzelor dintre operații, necesare pentru activități de respectare a regimului sanitaro-antiepideemic (evacuarea deșeurilor infecțioase, dezinfecția aerului etc.). Acestea sunt confirmate prin rezultate bacteriologice nesatisfăcătoare privind poluarea microbială a aerului în sălile de operații, ponderea cărora constituie 15,1%.

Concluzii

Incidența morbidității prin IN la pacienții de profil chirurgical în mun. Chișinău, în perioada ana-

lizată, constituie 2,6 la 1000 de operații și depășește media pe țară, deși are o tendință de diminuare, și nu corespunde morbidității reale din cauza diagnosticării și înregistrării insuficiente a cazurilor de infecții septico-purulente. În structura IN, la pacienții de profil chirurgical predomină ISPN, ponderea acestora fiind de 95%. Frecvența ISPN la organele cavității abdominale este de 3-4 ori mai mare comparativ cu celelalte organe. În structura etiologică a ISPN predomină asocieri de microorganisme, rata cărora a sporit de 4 ori – de la 6,8% în anii 2002-2007 până la 24,7% în 2008-2013; și dimpotrivă, comparativ cu perioada 2000-2007, se atestă diminuarea ratei *E. Coli*, *S. aureus* și *P. aeruginosa*. Microorganismele decelate au manifestat rezistență față de antibiotice în 36,4% cazuri.

Este necesară întreprinderea unor activități mai eficiente la nivelele organizatoric, metodic și practic din partea tuturor persoanelor responsabile din instituțiile medico-sanitare și din Centrul de Sănătate Publică.

Bibliografie

1. Francois Jehl, Monique Chomarat, Michele Weber, Alain Gerard. *De la antibiogramă la prescripție*. Ediția III, 2010, p. 6; 66.
2. Prisacari V. *Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale*, Chișinău, 2009, ed. II, p. 9-10; 27; 53-82; 182.
3. Prisacari V. *Particularități epidemiologice privitor la infecțiile nosocomiale septico-purulente în funcție de profilul staționarului*. În: Sănătate publică, economie și management în medicină, Chișinău, 2012, nr. 2(41), 2012, p. 59.
4. Prisacari V. *Problema infecțiilor nosocomiale*. În: Curierul medical, 2005, nr. 3, p. 47-52.
5. Prisacari V., Paraschiv A., Jucovschi C. *Evaluarea epidemiologică a factorilor de risc în infecțiile septico-purulente nosocomiale*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2005, nr. 2, p. 73-86.
6. Paraschiv A. *Epidemiologia infecțiilor septico-purulente nosocomiale la etapa contemporană (pe modelul mun. Chișinău)*. Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2006.
7. P. Dodiță. *Epidemiologia infecțiilor septico-purulente nosocomiale la pacienții de profil chirurgical în mun. Chișinău*. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău, 2008, nr. 5(26), 2008, p. 101-104.
8. C. Rîmiș. *Caracteristica epidemiologică a infecțiilor nosocomiale în mun. Chisinau*. În: Curierul Medical, februarie 2014, vol. 57, nr. 1, p. 90-94.
9. *Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of health-care associated infections* (2009/C 151/01).

Parascovia Dodiță,

medic-epidemiolog, categorie superioară,
Centrul de Sănătate Publică, municipiul Chișinău
Tel. 574-376; e-mail: cspchisinau.503@mail.ru