

заболеваемости детей и взрослых по t-критерию Стьюдента. Средние показатели продолжительности лечения и коэффициенты летальности приведены с ошибкой, рассчитанной для доли ($\pm m$).

Результаты и обсуждение. В структуре болезней органов дыхания во всех возрастных группах наибольшее число койко-дней пришлось на интерстициальные, гнойные легочные болезни. При этом, у взрослых длительность лечения ($16,3 \pm 0,03$ койко-дней) достоверно выше, чем у детей ($14,9 \pm 0,05$ койко-дней). Продолжительность лечения пневмонии у детей ($11 \pm 0,04$ койко-дней) достоверно ниже в сравнении со взрослыми ($13 \pm 0,02$ койко-дней). Сроки лечения хронической легочной обструктивной болезни и бронхита хронического у пациентов старше 18 лет составили $12 \pm 0,02$ койко-дней, у детей – достоверно меньше: $10,6 \pm 0,04$ койко-дней. По таким нозологическим формам, как бронхиальная астма и острые респираторные инфекции длительность лечения у детей недостоверно ниже: $11,1 \pm 0,04$ и $12 \pm 0,02$ койко-дней, $8,1 \pm 0,03$ и $8,3 \pm 0,02$ койко-дней – в сравнении со взрослыми соответственно.

Среди взрослого населения коэффициент летальности от пневмонии ($3,27 \pm 0,01$), хронической легочной обструктивной болезни ($1,64 \pm 0,009$) и острых респираторных инфекций ($1,35 \pm 0,008$) достоверно выше, чем среди детей, у которых он составил соответственно $0,38 \pm 0,008$; $0,07 \pm 0,001$ и $0,003 \pm 0,0007$. В возрастной группе 18 лет и старше коэффициент летальности от интерстициальных, гнойных легочных болезней составил $5,81 \pm 0,007$, от бронхиальной астмы – $0,29 \pm 0,004$, от бронхита хронического – $0,19 \pm 0,003$. Среди пациентов 0-17 лет случаев летальности от данных болезней не зарегистрировано.

В структуре летальности по классу болезней органов дыхания детей на первом месте находилась пневмония, она составила $84,00 \pm 3,70\%$, второе – хроническая легочная обструктивная болезнь ($15,00 \pm 0,36\%$), третье – острые респираторные инфекции ($1,00 \pm 0,09\%$). Структура летальности от болезней данного класса взрослого населения выглядела иначе. Первое место занимали интерстициальные, гнойные легочные болезни ($46,00 \pm 4,89\%$), второе – пневмонии ($26,00 \pm 4,38\%$), на третьем месте – хроническая легочная обструктивная болезнь ($13,00 \pm 0,33\%$), на четвертом – острые респираторные инфекции ($11,00 \pm 0,31\%$). На пятом месте – бронхиальная астма, на шестом – бронхит хронический, на долю каждого из которых пришлось $2,00 \pm 0,10\%$ всех случаев летальности от болезней органов дыхания.

Выводы. В возрастной группе «18 лет и старше» сроки лечения и коэффициенты летальности от болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области в 2008–2010 гг были достоверно выше, чем в возрастной группе «0–17 лет». Данный вывод свидетельствует о тяжелом течении бронхолегочных заболеваний у взрослых, с наличием осложнений и деструктивных форм, и является основанием для проведения углубленного эпидемиологического исследования с целью выяснения обстоятельств начала заболевания и выявления факторов риска. Особенно это касается пневмонии и интерстициальных, гнойных легочных болезней, которые занимали лидирующие места в структуре летальности по классу болезней органов дыхания в 2008–2010 годах в Иркутской области.

ПРОФИЛАКТИКА МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

М.М. ЗОРИНА, Л.А. АНИСИМОВА,
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский
институт туберкулеза»
Минздрава России

Актуальность внутрибольничного инфицирования на современном этапе рассматривается, как правило, с позиций одного лечебного учреждения. Тем не менее, на практике мы все чаще встречаемся с проблемой, когда пациент является источником переноса инфекции из одного стационара в другой. Внутрибольничная инфекция в учреждениях фтизиатрической службы может протекать скрыто и расцениваться как течение туберкулезного процесса. Длительное пребывание больного в противотуберкулезном стационаре, частое использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, необходимость использования инвазивных методов диагностики и лечения оказывает влияние на формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, характеризующихся мультирезистентностью. В результате пациент становится источником внутрибольничного распространения инфекции на последующих этапах оказания медицинской помощи в других лечебных учреждениях.

С целью оптимизации системы инфекционного контроля, для предотвращения заноса и распространения госпитальных штаммов, в ННИИТ с 2009 г. организована и введена систе-

ма микробиологического мониторинга, предусматривающая типирование и определение лекарственной устойчивости микроорганизмов неспецифической флоры, всех пациентов, поступающих в стационар.

Ключевым моментом системы мониторинга является оперативный обмен информацией по схеме: бактериолог – клинический фармаколог – эпидемиолог.

Результаты. При проведении анализа результатов бактериологического обследования образцов мокроты выявлено, что у 10% поступающих в стационар пациентов выделяются условно-патогенные и патогенные микроорганизмы. Т.е. ежегодно в НИИ туберкулеза от 80 до 90 человек с момента поступления нуждаются в коррекции антибактериальной терапии и проведении в отношении них комплекса профилактических противозидемических мероприятий.

Этиологическая структура микроорганизмов у пациентов, поступающих из других лечебных учреждений, отличается от спектра микроорганизмов пациентов ранее не находившихся на стационарном лечении. Если из отделяемого дыхательных путей пациентов, впервые обратившихся за лечебной помощью, микробный спектр преимущественно представлен грамположительными кокками (золотистый стафилококк, эпидермальный и гемолитический стрептококки), то у пациентов, поступивших из ЛПУ, на первое место выходят грибы рода *Candida*, неферментирующие грамотрицательные бактерии и микроорганизмы из семейства энтеробактерий.

Затраты на лечение пациентов с наличием госпитальных штаммов значительно возрастают для лечебных учреждений. Так, по данным НИИ туберкулеза стоимость лечения пациента с наличием панрезистентной синегнойной палочки увеличивается на 100 тысяч рублей, а курс лечения больного с аспергиллёзом – на 120 тысяч.

Для оценки экономической эффективности введенных мероприятий была изучена потенциальная экономия средств в результате снижения частоты гнойно-септических инфекций. Потенциальное сокращение расходов в связи с сокращением частоты гнойно-септических инфекций рассчитано нами путем умножения количества предотвращенных случаев на затраты, связанные с госпитализацией, диагностикой и лечением больных с гнойно-септической инфекцией. Для определения количества предотвращенных случаев мы сравнивали показатель анализируемого года (2008) со среднегодовым (2009-2011 г.). При определении затрат на лечение одного случая гнойно-септической инфекции были использованы данные экономического отдела

по фактической стоимости лечения пациентов в институте. Экономия на лечение составила 3288874,58 рублей в год.

Выводы

1. Проблема межгоспитальной трансмиссии внутрибольничной инфекции актуальна на современном этапе в системе противотуберкулезной службы.

2. Система инфекционного контроля в ЛПУ должна включать комплекс мер, направленных на предотвращение распространения госпитальных штаммов между противотуберкулезными стационарами.

3. Ключевым моментом системы микробиологического мониторинга является оперативный обмен информацией по схеме: бактериолог – клинический фармаколог – эпидемиолог.

4. Своевременное проведение противозидемических мероприятий и адекватной терапии в отношении пациентов, носителей госпитальных штаммов, имеет как клиническую, так и экономическую эффективность.

СИСТЕМА АКТИВНОГО СЕСТРИНСКОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СТАЦИОНАРАХ

М.М. ЗОРИНА, Л.М. ГУСЕВА,

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России

Актуальность темы. Внутрибольничная трансмиссия туберкулезной инфекции является не только определяющим фактором профессиональной заболеваемости туберкулезом медицинских работников, но и играет важнейшую роль в распространении лекарственно устойчивого туберкулеза. Необходимость разработки рациональной системы мер инфекционного контроля возникает на всех уровнях работы противотуберкулезного учреждения, ключевым этапом является проведение оценки степени риска трансмиссии туберкулезной инфекции. Основными административными мерами для обеспечения снижения риска является разделение и изоляция.

С 2010 г. в НИИ туберкулеза разработана и внедрена система активного сестринского эпидемиологического наблюдения с целью оптимизации мер инфекционного контроля. Организован сбор информации, проведен ее анализ: