

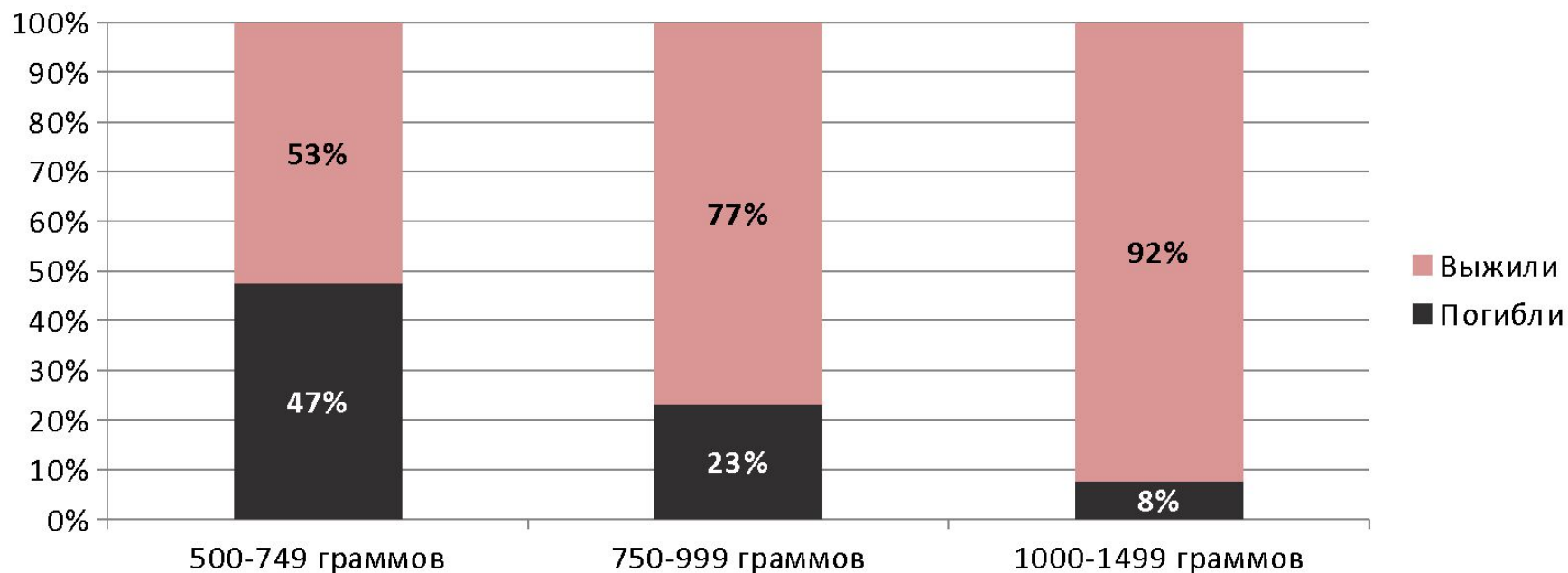
«Проблемы выхаживания глубоко недоношенных детей на этапе реанимации»



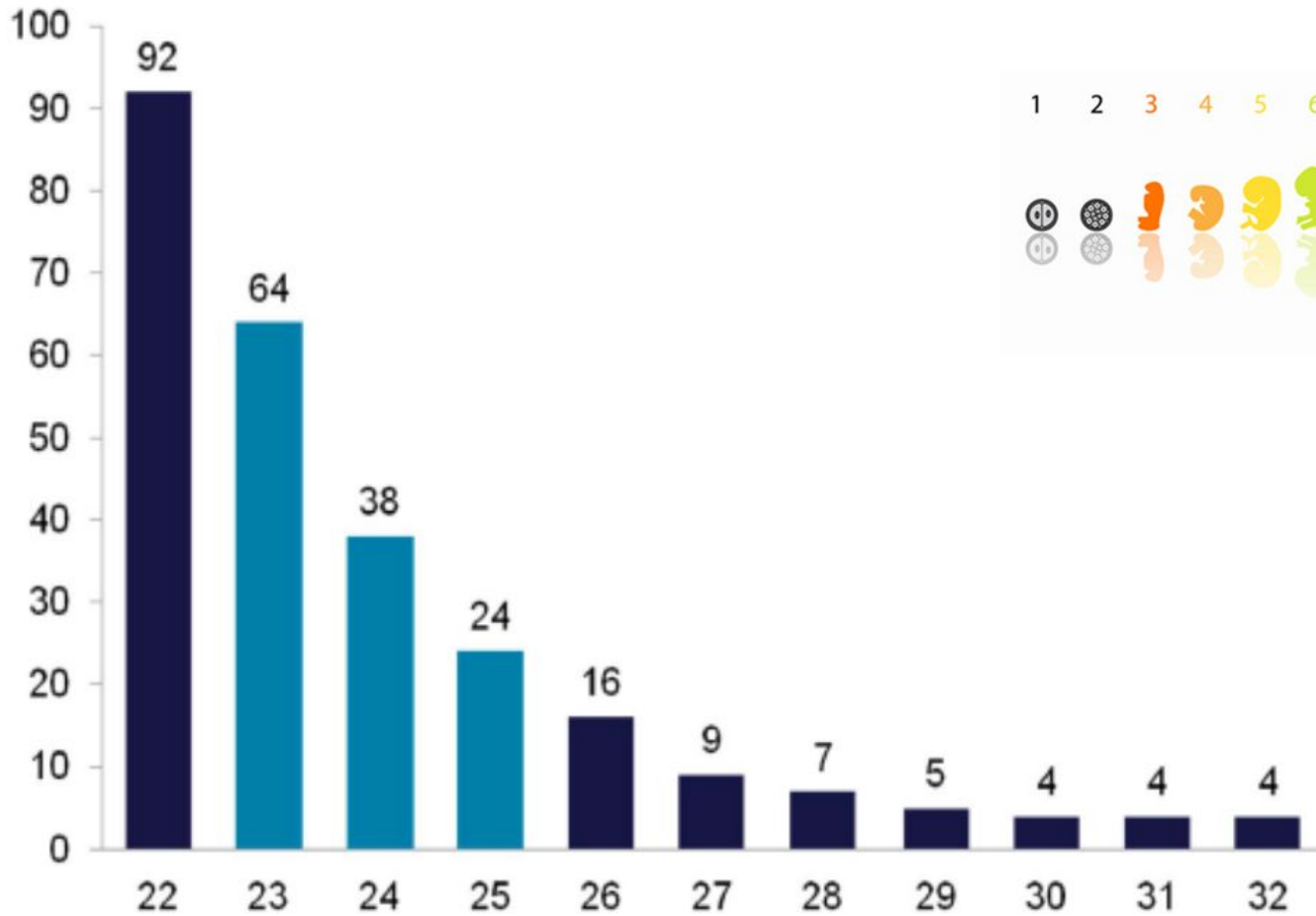
Данные официальной статистики

МЗ РФ 2014

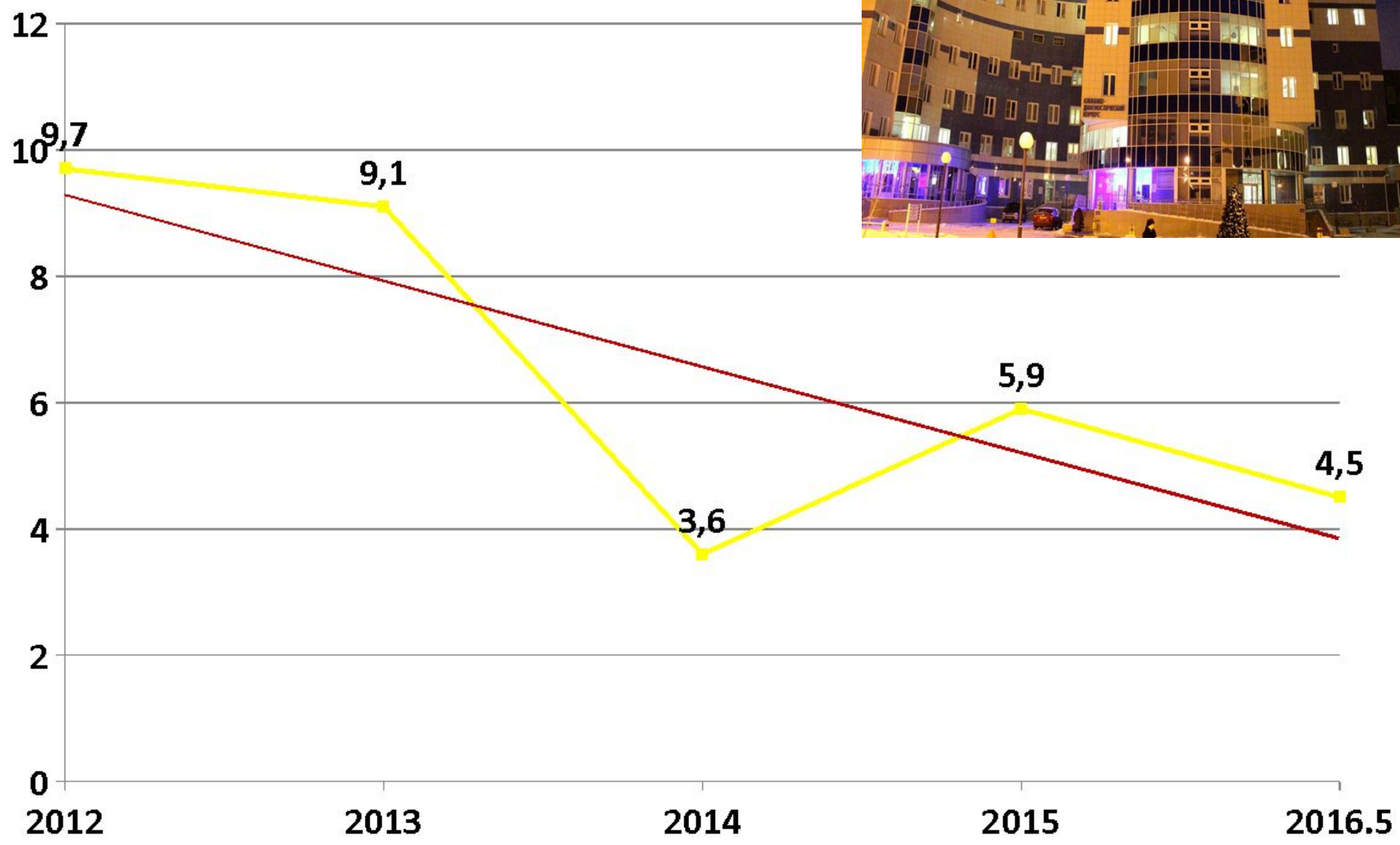
Из них с ЭНМТ - 1,1%		
Вес, граммы	Количество	Проценты
500-749	2048	0,11
750-999	4692	0,25
1000-1499	12355	0,65



Outcome Mortality 22-32 wks GA



Смертность



Causes and Timing of Death in Extremely Premature Infants from 2000 through 2011

R.M. Patel, S. Kandefer, et al N Engl J Med. 2015 Jan 22; 372(4): 331–340.

- Проспективный анализ летальности ЭНМТ /6075 случаев (27,3%) из 22.248 рождённых живыми/
 - респираторные причины,
 - незрелость ,
 - инфекция,
 - повреждения ЦНС,
 - НЭК ←

Факторы влияющие на микрофлору кишечника новорождённого



Энтераное питание



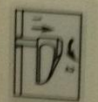
- Молозиво за щёчку в родильном зале;
- Контакт кожа к коже;
- Первое питание через 3 часа после рождения.





ВНИМАНИЕ!
При неправильной установке или при использовании нестерилизованного
картриджа/иголки насос и игла могут повредить кожу пациента. ОПАСНОСТЬ для пациента

1. Истощить иглу, ТОЛЬКО на
предельном этапе
2. Убедиться в том, что игла и игла
правильно установлены в вену/сосуд



Факторы риска возникновения госпитальных инфекций

- Низкая квалификация персонала;
- Непоследовательность действий при выполнении манипуляций;
- Инвазивные вмешательства;
- Нарушение техники энтерального кормления;



Протоколы инвазивных манипуляций

ПРОТОКОЛ ПОСТАНОВКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КАТЕТЕРА



Надеть шапку и маску.



Вымыть руки
антибактериальным
мылом до локтя.



Обработать руки
антисептиком
с экспозицией 30 сек.



Надеть стерильный халат и перчатки
с помощью ассистента.



НЕСТЕРИЛЬНЫЙ СТОЛ



- катетер
- ножницы
- шприцы по 2,0 мл
- стерильные неопудренные перчатки
- стерильный и нестерильный пластырь
- стерильные салфетки, кожный антисептик
- р-р NaCl 0,9% с мини-спайком
- р-р 40% глюкозы 0,2

ПОДГОТОВКА СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА



СБОР СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА



Ассистент
обеспечивает доступ
к пациенту.



Первичная обработка
конечности.



Организация стерильного поля.



Повторная обработка
конечности сестрой,
проводящей манипуляцию.



Катетеризация.



«Виртуальная изоляция» пациента;



АУДИТ

- Видеонаблюдение
- Инфекционный контроль
- Взаимоконтроль
- Совместная *регулярная* работа с эпидемиологом





енный
ухажив

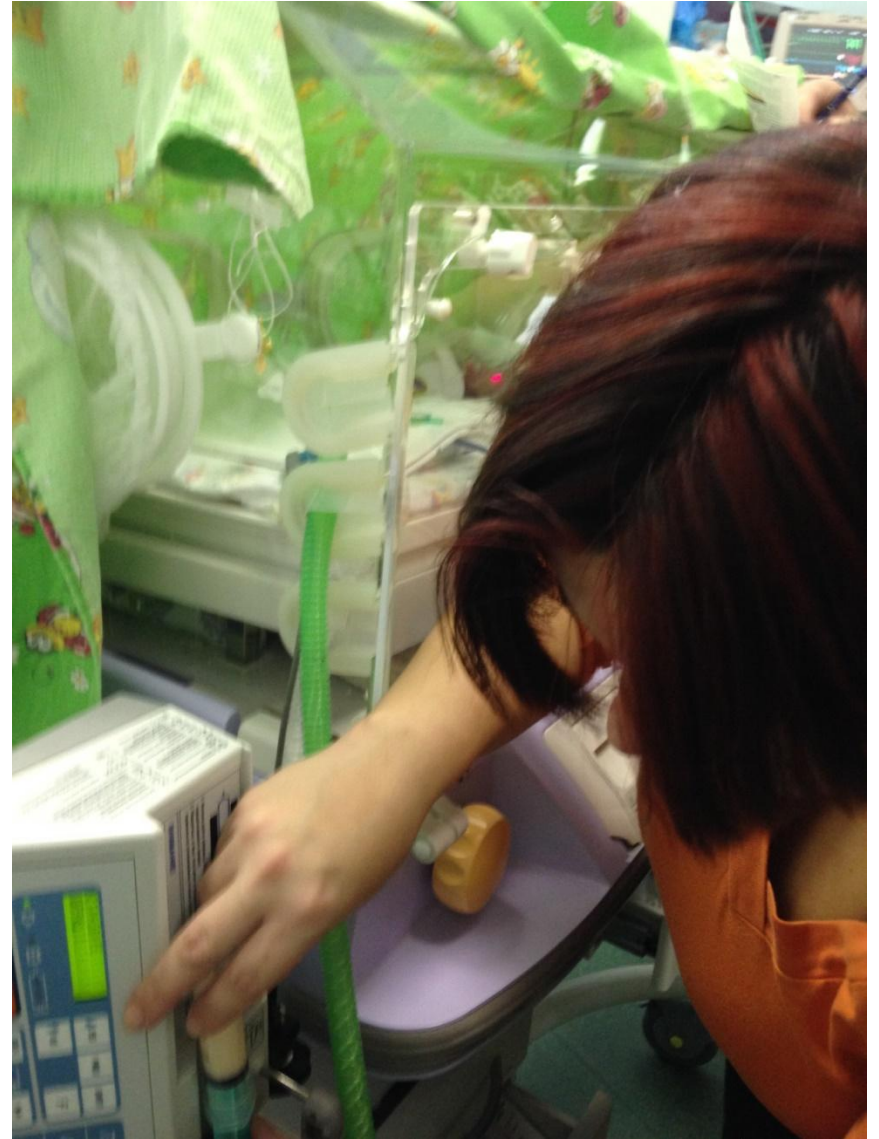


каса
мать



- Смена памперса
- Энтеральное питание, в т.ч. зондовое с помощью перфузора
- Репозиция датчиков
- Гигиенические ванны
- Массаж
- Любые рутинные мероприятия









Изменение антибактериальной стратегии

- **Определены более строгие показания к назначению антибактериальной терапии, основанные на мониторинговании уровней маркёров воспаления и результатах бактериологического исследования;**
- **Внедрение протоколов антибактериальной терапии;**
- **Исключены из обращения незащищённые цефалоспорины;**
- **Сокращено использование антибактериальных препаратов резерва;**
- **Ротация антисептиков.**

ТРУДНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В ОРИТН

- Рост устойчивости микроорганизмов и неэффективность известных антибиотиков;
- «Параллельный ущерб» - селекция полирезистентных микроорганизмов.
- Ограничение спектра используемых АМП может временно снизить резистентность к конкретному препарату (?).
- Локальная клиническая микробиологическая лаборатория - краеугольный камень в контроле за использованием антибиотиков.

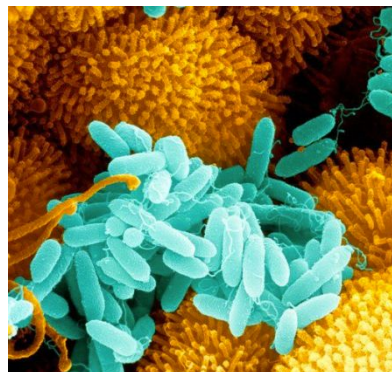
Как превратить эпидемиолога из врага в друга и помощника?

- Необходимо:
 - сесть вместе за круглый стол;
 - обозначить круг проблем, связанных с внутрибольничной инфекцией;
 - попросить помощи в организации противоэпидемических мероприятий, изложив свой план действий;
 - провести совместный обход отделения с целью инфекционного контроля.

Микробиологический мониторинг

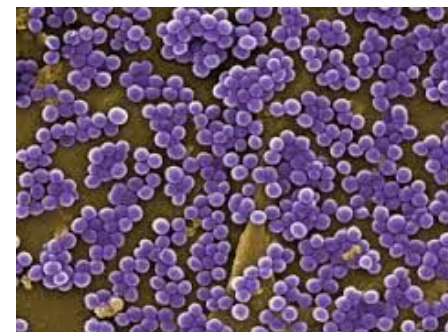
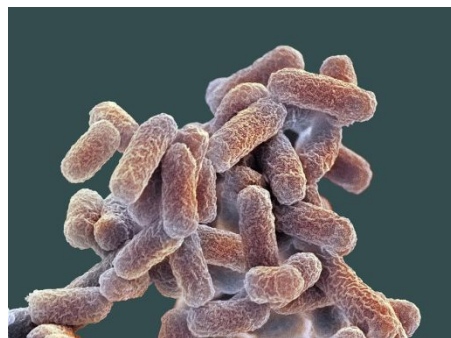
2012-2013гг.

- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Klebsiella pneumoniae*
ESBL +



2014-2015гг

- Coagulase negative staphylococcus species
- *E. coli* ESBL +

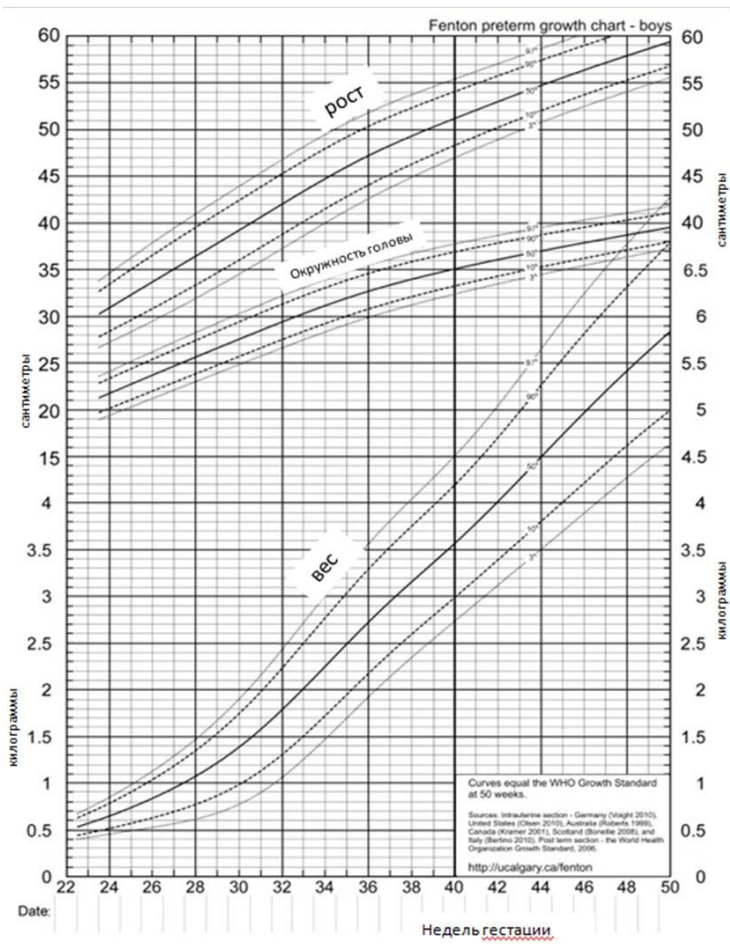


Парентеральное питания



- Венозный доступ с родильного зала
- Базовая инфузия на предполагаемый вес плода до рождения. (АК + глюкоза)
- Отсутствие ЦВК (по возможности)

Оценка развития



- Несвоевременная оценка не даёт объективной картины
- День «Ч» - еженедельная антропометрия, быстрая реакция на изменения диаметра



Летальность

Масса при рождении (г).	2012	2013	2014	2015
до 499	6 (100%)	4 (100%)	0	2(100%)
500-749	25 (67,8%)	14 (66,7%)	8 (38,1%)	9 (42,8%)
750-999	9 (22,5%)	12 (37,5%)	1 (2,9%)	7 (20,0%)
Всего ЭНМТ	40 (47,6%)	30 (55,5%)	9 (16,4%)	18 (22,8%)

Гестационный возраст	2012	2013	2014	2015
22-24	21 (67,7%)	12 (75%)	6 (46,1%)	9 (47,4%)
25-27	15 (50%)	12 (42,6%)	2 (7,7%)	8 (21,6%)
28-30	4 (20%)	6 (54,5%)	1 (8,3%)	1 (5,6%)

Некротизирующий энтероколит

	2013			2014			2015		
Число больных с НЭК	9 (1,5%)			2 (0,4%)			5 (0,8%)		
Масса при рождении	<750	750-999	999-1500	<750	750-999	999-1500	<750	750-999	999-1500
оперированы	5	-	2	2	-	-	3	1	1
Умерло	6	-	2	2	-	-	1 (585гр)	-	-
Летальность	88,8% (8)			100% (2)			20% (1)		

Проблемы

- Состояние здоровья и социальный уровень рожениц;
- Уровень пренатальной диагностики врождённых пороков развития;
- Рост уровня резистентности микроорганизмов;
- Трудности с приобретением оригинальных препаратов;
- Отсутствие достоверной статистики по ВБИ;
- Проблемы энтерального питания (отсутствие банка грудного молока);
- Отсутствие лабораторных микрометодик;
- Недостаточная подготовка кадров амбулаторного этапа по ведению детей с ЭНМ

И



Командный подход

