

Анализ гомологии выборки эпидермальных стафилококков и кластерный анализ показали, что штаммы 8 ST из 11 формируют единый кластер, т.е. отличаются только по одной или двум позициям аллельного профиля. 3 ST представляли собой синглтоны, причем 2 из них были нами зарегистрированы впервые.

Полиморфность и изменчивость популяции эпидермальных стафилококков в учреждениях родовспоможения подтвердили также данные по выявлению новых аллелей. Мы обнаружили их для генов *arcC*, *gtr*, *pyr*, *tpi*, *yqiL*.

Закключение. Проведенное исследование показало, что у новорожденных, как и у взрослых, что ранее было отмечено Акатовым А.К., ведущая роль в патологии принадлежит *S. epidermidis* как по частоте вызываемых им инфекций, так и по широкому кругу нозологических форм, при которых он является возбудителем заболевания. Однако другим видам КОС, все чаще встречающимся в учреждениях родовспоможения, следует уделить особое внимание.

В период наблюдений среди возбудителей заболеваний новорожденных преобладали эпидермальные стафилококки с ST 59. Изучение свойств этого штамма поможет в дальнейшем в выработке стратегии борьбы с внутрибольничной стафилококковой инфекцией в отделениях новорожденных.

НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ИНФЕКЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Литвинчук О.А., Коновалова Т.А., Подколзин А.Т., Горелов А.В., Шипулин Г.А.

ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора

Как правило, наибольшее внимание эпидемиологов привлекает проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в неинфекционных отделениях стационаров. Развитие клинической картины инфекционного заболевания в отделениях больниц неинфекционного профиля не маскируется основной патологией пациента и требует проведения экстренных противоэпидемических мероприятий. Однако вероятность внутрибольничного инфицирования в инфекционных отделениях, профильными для них патогенами, гипотетически, существенно выше. В данных случаях клиническая картина ВБИ может маскироваться заболеванием, послужившим поводом для госпитализации и активность выявления таких форм ВБИ существенно ниже. При

ограниченных возможностях лабораторной диагностики в стационаре подобные заболевания часто расцениваются врачами клинической практики как атипичное волнообразное, затяжное или рецидивирующее течение основного заболевания. **Целью** данной работы являлась оценка частоты внутрибольничного инфицирования острыми кишечными инфекциями в небоксированных отделениях кишечных инфекций детских инфекционных стационаров г Москвы. Для достижения данной цели решались следующие задачи: оценка частоты выявления наиболее распространенных патогенов у пациентов при поступлении в стационар (1-3 день заболевания), и перед выпиской из него (6-9 день заболевания), оценка уровня внутрибольничного инфицирования различными патогенами, оценка частоты прекращения выделения возбудителя за период пребывания в стационаре.

Материалы и методы исследований: В исследование включались пациенты в возрасте до 14 лет, госпитализированные в небоксированное отделение острых кишечных инфекций детской больницы г Москвы в период с 01.11.2008. по 01.09.2010. Проводилось двукратное исследование образцов фекалий, взятых у пациентов на первый день пребывания в стационаре и на 4-5 день госпитализации, перед выпиской из него. Для выявления возбудителей ОКИ применялась тест-система «АмпЛиСенс® ОКИ скрин-FL» (№ ФСР 2008/02265 от 12 февраля 2010 г.).

Результаты:

Результаты исследования представлены в таблице №1.

Таблица №1. Частота выявления патогенов у пациентов детского возраста в различные периоды госпитализации в отделения кишечных инфекций городского небоксированного стационара (n=555).

Наличие патогена на 1 день госпитализации	-	+	+	-
Наличие патогена на 4-5 день госпитализации	-	+	-	+
Norovirus G2 (%)	57,7	18,7	1,8	21,8
Rotavirus grA (%)	36,2	35,5	3,8	24,5
Astrovirus (%)	97,3	0,7	0,4	1,6
Adenovirus grF (%)	94,2	1,6	0,7	3,4
Shigella spp + EIEC (%)	99,5	0,0	0,5	0,0
Salmonella spp (%)	93,7	2,5	3,2	0,5
Campylobacter spp (%)	90,8	5,0	4,0	0,2

Выводы:

– При поступлении в инфекционный стационар с максимальной частотой у пациентов детского возраста выявлялись ротавирусы гр А (39,3%) и примерно в два раза реже – норовирусы 2 генотипа (20,5%).

– На момент выписки из инфекционного стационара частота выявления указанных патогенов увеличивалась и составляла для ротавирусов – 56,2% и для норовирусов 38,7%. Также отмечалось увеличение частоты выявления других патогенов вирусной природы. Частота выявления бактериальных патогенов существенно не изменялась.

– Прекращение выделения патогенов на момент выписки из стационара составляло от 56,2 при сальмонеллезе до 8,8% при норовирусной инфекции. (Данные по пациентам с шигеллезом не учитывались из-за малого кол-ва наблюдений).

– Наблюдалась наиболее высокая частота внутрибольничного инфицирования ротавирусной инфекцией – 24,5% и норовирусной инфекцией – 21,8% (от количества всех госпитализированных пациентов).

При этом на 100% пациентов, поступивших в стационар с ротавирусной инфекцией приходилось – 60%, а при норовирусной инфекции – 106% инфицированных внутрибольнично. Частота регистрации внутрибольничного инфицирования бактериальными возбудителями ОКИ была существенно ниже.

Заключение: Инфицирование детей возбудителями острых кишечных инфекций в небоксированных инфекционных стационарах – широко распространенное явление. Его следствием является увеличение сроков госпитализации и/или амбулаторного лечения пациента, его повторные госпитализации, возвращение в детские коллективы в период наиболее активного выделения возбудителей и, как следствие увеличение показателей заболеваемости в данных возрастных группах. Таким образом, происходит формирование «замкнутого круга», в котором высокая заболеваемость в популяции и наличие эффективного механизма внутрибольничной передачи возбудителя поддерживают друг друга, приводя к существенному увеличению экономического ущерба от данной проблемы. Возможности выхода из данного «замкнутого круга» путем определения более строгих показателей для госпитализации, увеличения доли боксированных отделений, разработки научно – обоснованных рекомендаций по допуску детей в детские учреждения после перенесенных заболеваний требуют дополнительной оценки и проведения соответствующих исследований.