

6. Муравьева Л.А., Волков Е.Ю.// *Вестник хирургии*. 1989. - № 7. - С. 58-59.
7. Неймарк И.И. *Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки*. — М.: Медицина, 1972.
8. Пушкарский В.М.// *Хирургия*. - 1984. - № 12. - С. 122-123.
9. Сацукевич В.Н.// *Вестник хирургии*. - 1987. - № 2. - С. 34-39.
10. Шиленок В.П., Зельдин Э.Я., Приступа Ю.В.// *Хирургия*. - 1999. - М2, С. 11-13.

THE POLICY OF MODERN DIAGNOSTICS OF PERFORATED STOMACH AND DUODENAL ULCER
S.V. Glushak, E.S. Kochergina
Vladivostok Branch of Reconstructive and Anaplastic Surgery Scientific Center VSNS SO RAMS,

Vladivostok State Medical University

Summary- According to the material of 130 observations the doctors studied diagnostic value of endoscopic methods of examination of patients with perforated stomach and duodenal ulcer. As noted, fibrogastroduodenoscopy is an effective method of diagnostics of perforated ulcers whereas in case of lack of effect under repeated survey radiography of abdominal cavity it facilitates discovering some air incoming through perforated orifice at the moment of insufflation. Furthermore fibrogastroduodenoscopy allows showing any concomitant pathology of esophagus, stomach and duodenum as well as multiple ulcers and bleeding from them. The usage of laparoscopy for the diagnostics of perforation enables to give an opportunity to specify diagnosis, to carry out differential diagnostics, to ascertain the availability of peritonitis, volume and character of exudates.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 72-74.

УДК 616.9-022.3-036.22-078.33(571.63)

Г.Н. Тутубалина, Т.А. Ельчанинова

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ВЛАДИВОСТОКА

ГУ ЦГСЭН в г. Владивостоке

Ключевые слова: микробиологический мониторинг, внутрибольничные инфекции.

Возникновение госпитальных инфекций в хирургических стационарах является актуальной проблемой здравоохранения. Одной из причин увеличения внутрибольничной заболеваемости является создание крупных многопрофильных лечебно-диагностических отделений без учета современных медицинских технологий и архитектурно-инженерных решений, с концентрацией в помещениях тяжелых больных, увеличением доли пожилых пациентов и больных со сниженной иммунологической защитой, наличием большого количества медицинского персонала. Это создает предпосылки для циркуляции возбудителей во внешней среде и селекции вирулентных госпитальных штаммов. Оценивая роль внутрибольничных инфекций (ВБИ) в развитии послеоперационных гнойных раневых осложнений, следует заметить, что состояние внутрибольничной среды продолжает до настоящего времени в значительной мере определять вероятность их развития, что особенно очевидно при возникновении послеоперационных осложнений в «чистых» хирургических отделениях.

Для изучения причин возникновения и распространения ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях Владивостока при проведении государственного санитарно-эпидемиологического надзора и производственного инфекционного контроля используется совокупность применяемых в эпидемиологической практике методов микробиологической диагностики:

бактериологическое исследование проб воздуха, отбор смывов с различных объектов, контроль эффективности работы стерилизаторов, исследования проб воды, используемой для обработки изделий медицинского назначения и лекарственных препаратов,

Микробиологические исследования и эпидемиологический анализ, проведенные за последние 5 лет (1997-2001 гг.), показали, что в 1,3% случаев смывы, взятые с аппаратуры, оборудования и предметов больницы обстановки, не соответствовали гигиеническим нормативам по эффективности проводимых дезинфекционных мероприятий. Микробиологическая «чистота» воздуха в 0,5% отобранных проб превышала нормируемый уровень, а процесс стерилизации перевязочного материала и многоцветных изделий медицинского назначения не был эффективным в 1,5% наблюдений [1].

При эпидемиологическом анализе полученных данных по годам установлено, что 1999 г. был самым неблагоприятным по степени микробной обсемененности воздуха, контаминации объектов окружающей среды и надежности стерилизации. В этом году также отмечены самые высокие показатели внутрибольничного инфицирования пациентов парентеральными вирусными гепатитами В и С, которые составили 48% в структуре ВБИ, при среднем многолетнем уровне 15% (2,5% в 2001 г.). В целом, за последние пять лет в хирургических стационарах города отмечались положительная динамика всех показателей качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, оптимизация систем эпидемиологического надзора и микробиологического мониторинга возбудителей ВБИ. Уровень микробного загрязнения аппаратуры, рук персонала, белья снизился с 2,7% в 1997 г. до 1,1% в 2001 г. Удельный вес нестандартных проб воздуха в операционных, перевязочных, процедурных составил 0,3% в 2001 г. при 1,25% в 1997 г. Микробиологический мониторинг качества стерилизации перевязочного материала и многоцветных изделий медицинского назначения проводился при централизованной и децентрализованной стерилизации. Контролировалась эффективность обеззараживания

материала в стерилизационных упаковках (КСК, бумажные или бязевые упаковки) при паровой стерилизации и с лотков при стерилизации воздушным способом. Результаты исследований показали, что при централизованной обработке материал был нестерильным в 0,4%, а при децентрализованной - в 2,6% наблюдений. Основная причина неудовлетворительных результатов - использование стерилизационной аппаратуры с техническими неисправностями, несоблюдение правил при ее загрузке, отсутствие контроля качества физическими, химическими и биологическими методами.

Анализ этиологии ВБИ в хирургических клиниках города за 1997-2001 г.г. показал, что основной причиной заболеваний являлись патогенный и эпидермальный стафилококки, кишечная и синегнойная палочки. В спектре возбудителей, выделенных из гнойных ран, преобладала условно-патогенная микрофлора: *S. aureus* (40,1%), *S. epidermidis* (26%), *E. coli* (13%), *P. aeruginosa* (9%), *K. pneumoniae* (2,2%), *P. rettgeri* (2,5%), *P. mirabilis* (2,5%), *P. vulgaris* (2,5%), *S. fecium* (2,2%). При этом гнойные послеоперационные осложнения возникали в 54,3% случаев после «чистых», в 32,6% - после «условно-чистых» и только в 10,9% и 2,2% случаев после «загрязненных» и «грязных» операций. Аналогичная микрофлора обнаруживалась и при бактериологическом обследовании окружающей среды в хирургических отделениях: *E. coli* (85%), *S. aureus* и *S. epidermidis* (12%), *P. aeruginosa* (2%).

Важным подтверждением контаминации возбудителями внутрибольничных инфекций являются факты обнаружения в послеоперационных гнойных ранах у больных после «чистых» или «условно-чистых» операций и на объектах окружающей среды в хирургических отделениях микроорганизмов с одинаковыми видовыми свойствами и резистентностью к антибиотикам.

Динамика данных микробиологического контроля над объектами внешней среды показала, что наиболее высок риск инфицирования пациентов как в операционных комнатах, так и в перевязочных, и процедурных кабинетах. Бактериологический анализ поверхности операционных ран во время проведения «чистых» и «условно-чистых» операций подтверждал факт инфицирования во время вмешательства от 11,6% случаев в абдоминальной хирургии и до 27% случаев в онкологических клиниках (мониторинг проведен на 2331 операции). Эти данные подтверждают значимость микробиологического контроля объектов окружающей среды производственных помещений для эпидемиологической диагностики при проведении плановых оперативных вмешательств, значимость так называемой «уличной инфекции» и роль эндогенного инфицирования для экстренных и «грязных» операций [2].

Таким образом, можно сделать вывод, что плановый лабораторный микробиологический мониторинг объектов внешней среды в хирургических стационарах целесообразно разграничить на исследования, проводимые

с целью контроля качества дезинфекции, стерилизации, антисептики, и исследования, ориентированные на постоянное слежение за бактериальной контаминацией больничной среды [3]. В первом случае работа должна быть направлена на выявление санитарно-показательной микрофлоры, во втором - на весь спектр возбудителей гнойно-септических инфекций с обязательным изучением основных биологических свойств микроорганизмов. Систематическое слежение за циркуляцией этих возбудителей в больничной среде позволит прогнозировать эпидемическую обстановку, а главное - будет способствовать выявлению конкретных резервуаров потенциально-патогенных бактерий и проведению адекватной антибиотикотерапии [4, 5]. Сегодня необходима разработка комплекса мероприятий по внедрению стандарта микробиологического обеспечения в системе профилактики ВБИ. Проведенные исследования показали, что лабораторная диагностика и мониторинг возбудителей ВБИ являются одними из важнейших условий для успешной борьбы с госпитальными инфекциями. Особое значение имеет динамичное наблюдение, основанное на обобщении данных всей совокупности эпидемиологических и микробиологических обследований.

Литература

1. Ахмерова Р.Р., Мартынова О.В., Буркин В.С. и др.// *Внутрибольничные инфекции- проблемы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики*: Тез. докл. 2-й Российской науч.-практ. конф. с международным участием. - М., 1999. - С. 27.
2. Брискин В.С.// *Антибиотики и химиотерапия*. - 2000. - №3.- С. 20-23.
3. Сергеев В.И., Шарипова И.С., Ромашова Л.В.// *Мат. докл. науч.-практ. конф. Западно-Уральского региона*. - Пермь, 2000 - С. 43.
4. Строганов В.П.// *Инфекции и антимикробная терапия*. - 2000. - № 4. - С. 20.
5. Трутнева Л.Ю., Мурашова В.В., Сквородина Т.А. // *Мат. докл. науч.-практ. конф. Западно-Уральского региона*. - Пермь, 2000. - С. 14.

MICROBIOLOGICAL MONITORING OF WORKING ENVIRONMENT IN SURGICAL HOSPITALS OF VLADIVOSTOK

G.N. Tutubalina, T.A. Elchaninova

Central Municipal Department of Sanitary Inspectors of Vladivostok

Summary - In these researches there can be find five-year microbiological monitoring data of hospital infections in surgical in-patient departments of Vladivostok. The authors showed that the year 1999 was the worst with regard to the degree of microbe-semination fullness of air, the contamination of environmental objects as well as the sterilization reliability. Later on the microbe-semination level has decreased. The causes of the hospital infections were mostly pathogenic and epidermal staphylococcus, colon bacillus, blue pus bacillus. The problem of development of necessary measures to apply microbiological provision standard in the prophylactic system of nosocomial infections is also presented in this investigation.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 74-75.