

Ф.М. Шайзадина¹, Н. О. Алышева¹, М.М. Бейсекова¹,
К.Т. Шәйзадин¹, А.А. Кабдрашева¹

ЭТИОЛОГИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

Проблема гнойно-септических инфекций в хирургии в последние годы стала наиболее актуальной. Резко возросло число инфекционных осложнений со стороны операционных ран с переходом в тяжелый сепсис, вызванный грамотрицательными микроорганизмами, а также микроорганизмами, устойчивыми практически ко всем современным антибиотикам. Число послеоперационных гнойно-септических инфекций, по литературным данным, в последние годы увеличилось до 39%.

Одновременно с увеличением бактериальных инфекций возрастает частота грибов кандидас и аспергил, обусловленных чаще всего широким, нерациональным использованием антибактериальных, кортикостероидных, цитостатических препаратов, а также отсутствием концепции одновременного назначения с антибиотиками противогрибковых препаратов с профилактической целью. Не утрачивает свою актуальность проблема внутригоспитального распространения как аэробной, так и анаэробной инфекции [1-2].

Установлено, что под влиянием различных факторов, а в первую очередь селективного действия антибиотиков, отмечается изменения в этиологической структуре ран. Ведущими возбудителями гнойных послеоперационных осложнений являются стафилококки, стрептококки, микробы группы Enterobacteriaceae, неферментирующие грамотрицательные бактерии (НФГБ).

В связи с использованием антибактериальных препаратов отмечается изменение эпидемиологических характеристик возбудителей гнойных инфекций. Под воздействием сочетанного воздействия эндемических и

эпидемических факторов в этиологии гнойных осложнений наряду с гемолитическим стрептококком и энтерококками важную роль играют метициллинрезистентные стафилококки и грибы [1].

Целью нашей работы является изучение микрофлоры гнойно-септических осложнений в хирургическом отделении стационара.

Материалы и методы. Изучались истории болезни больных, находящихся на лечение в гнойном отделении хирургического стационара. Данным больным проведено оперативное вмешательство на органы брюшной полости. В течение всего срока пребывания в стационаре они находились под нашим наблюдением и лабораторным контролем. Всего больных 95, из них 52 мужчин (54,7%) в возрасте от 25 до 55 лет, женщин 43 (45,3%) в возрасте от 50 лет и старше. Забор материала от больных проводили в условиях операционной или перевязочной, при этом строго соблюдались правила асептики и незамедлительность поступления в лабораторию. Параллельно проводился забор воздуха операционного блока, перевязочной, палат, а также смывы с хирургического оборудования, инструментария, перевязочного материала, рук и одежды медицинского персонала. Учитывая, что лечение антибиотиками и санация операционной раны, изменяет микробный пейзаж, забор материала проводили до операции или во время ее проведения, в процессе лечения и перед выпиской. Бактериологические исследования проводились общепринятыми методами.

Результаты и обсуждение. Изучая истории болезни больных с послеоперационными осложнениями, нами были установлены признаки воспалительного процесса, то есть серозно-геморрагического выделения из ран, переходящего в гнойное отделяемое, расхождение краев раны, применение антисептиков.

Гнойно-септические инфекции регистрировались в течение года, приуроченности к сезонности установлено не было. Но, тем не менее, в зимний период года отмечается увеличение данных осложнений, летом уровень заболеваемости немного снижается.

Лабораторные исследования отделяемого ран, свищей, дренажных трубок, содержимого брюшной полости выявило 325 штаммов условно-патогенных микроорганизмов. С объектов окружающей среды отделения, рук, зева медицинских работников положительный результат установлен в 16,8% случаев. Спектр возбудителей включал в себя представителей аэробного, факультативно-анаэробного спектра и облигатных анаэробов.

Сравнительный анализ микрофлоры осложнившихся ран и смывов с объектов окружающей среды хирургического отделения и от медицинского персонала установило, что их качественный состав схоже и не отличался друг от друга. Выявлено, что из объектов внешней среды отделения чаще всего высевались НФГБ (32,4%), а из раны зачастую энтеробактерии (49,5%). Грамположительные кокки с предметов внешней среды и от медицинских работников выделялись в 32,1% случаев, из ран в 14,8%. Неклостридиальные анаэробные бактерии, аспергиллы, серрации и дрожжеподобные грибы высевались в единичных случаях.

При первичном заборе материала от больных с гнойно-септической инфекцией зачастую выделялась кишечная палочка ($38,9 \pm 5,2\%$), затем синегнойная палочка ($25,87 \pm 4,9\%$), энтеробактер высевался в 9,2%, золотистый стафилококк – в 6,2%, протей в 6,1%, клебсиелла в 5,9%. В процессе лечения высеваемость кишечной палочки снижалась в 1,5 раза, частота же выделения синегнойной палочки увеличилась в 1,1 раза. Что говорит о внутригоспитальном инфицировании ран, за счет синегнойной инфекцией.

Одновременно в отделении проводились микробиологические исследования смывов с объектов окружающей среды, стерильного и перевязочного материала, с рук, носоглотки и одежды медицинских работников. С объектов окружающей среды отделения роста микрофлоры в 81,6% не отмечалось, в остальных случаях выделяются микробы в монокультурах. Пробы стерильного, перевязочного и шовного материала показал отрицательные результаты. Из воздуха отделения в 5,9% случаев

отмечается рост золотистого стафилококка, другие микроорганизмы ни в одной из проб не обнаружены.

При первичном микробиологическом исследовании и сразу же после операции, из клинического материала зачастую (71,2%) высевались монокультуры микроорганизмов, которые были представлены *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus*. Остальные микроорганизмы встречались в незначительных количествах.

По мере пребывания больного в стационаре количество выделяемых культур возбудителей в ассоциациях увеличивается. Установлено, что среди выявленных возбудителей от больных с гнойными осложнениями в ассоциации микроорганизмов к первично выделенному возбудителю присоединялся вторичный, среди которых доминировали в 29,5% случаях *Pseudomonas aeruginosa*, в 19,8% *Escherichia coli* и в 9,2% *Staphylococcus aureus*. Перед выпиской присоединившийся возбудитель вытесняет первичный и выделяется в монокультуре.

Таким образом, выявляется зависимость характера и частоты инфекционных осложнений от местных и общесоматических нарушений. При этом этиологический фактор переходит от отдельных возбудителей к динамически изменчивым ассоциациям микробов, характер проявления которых зависит от условий развития гнойно-септического процесса.

Литература:

1. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран / Л.А. Блатун // Хирургия. – 2011. - №4. – С.51-59.
2. Дунасарова Р.А. Внутрибольничная заболеваемость и микробиологический мониторинг / Р.А. Дунасарова // Медицина и экология. – 2011. - №1. – С.179-181.
3. Шайхразиева Н.Д. Эпидемиологический мониторинг внутрибольничной инфекции в хирургическом стационаре / Н.Д. Шайхразиева // Казанский медицинский журнал. – 2013. - №1. – С.87-88.