

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:

1. Своевременное выявление эпидемиологически опасных пациентов с момента госпитализации, сортировка по группам в зависимости от результата:

- микроскопии мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)
- посева на *M. tuberculosis*
- теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) возбудителя.

Организация системы этого этапа предотвращает возможность решения последующих задач административного контроля (разделение потоков пациентов, планировка и зонирование противотуберкулезных учреждений и т.д.).

2. Выявление и наблюдение за пациентами с высоким риском развития гнойно-септических инфекций (ГСИ). Формирование групп учета проводится в зависимости от особенности лечебно-диагностического процесса и эпидемиологической ситуации:

- послеоперационный период
- наличие центрального катетера
- проведение диагностической цитоскопии
- парентеральное введение лекарственных средств.

Наблюдение носит непрерывный характер. Ежедневно заполняются регистрационные журналы активного сестринского наблюдения. Результаты наблюдения докладываются на утренних планерках. Информация поступает по схеме:



Выводы. Раннее выявление потенциальных источников инфекции среди пациентов средним медперсоналом позволяет:

1. Оперативно проводить разделение потоков в зависимости от степени опасности пациентов на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

2. Своевременно проводить бактериологическое обследование.

3. Проводить адекватные лечебно-диагностические мероприятия, направленные на профилактику у пациентов с высоким риском развития ГСИ, тем самым значительно снизить уровень клинических форм внутрибольничных инфекций (ВБИ).

PARTICULARITĂȚILE SUPRAVEGHERII EPIDEMIOLOGICE A TUBERCULOZEI ÎN RAIONUL CAHUL

N. GAISAN, N. HADJIOGLO,
Centrul de sănătate publică Cahul

Activitatea Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat a raionului Cahul este axată pe supravegherea de stat a sănătății publice, în conformitate cu Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, prin care se stipulează direcțiile de bază în supravegherea sănătății publice.

Pornind de la prevederile legislative, Centrul de sănătatea publică raional Cahul a trecut de la control și examinare sanitaro-epidemiologică a obiectivelor la supravegherea sănătății publice, cu evaluarea situației sănătății prin organizarea și desfășurarea măsurilor profilactice și antiepidemice în colaborare cu instituțiile medico-sanitare publice și cele private din raion, cu administrația publică locală, serviciul veterinar, comisaritul de poliție, direcția raională de învățământ, de asistență socială, protecție civilă etc.

În structura morbidității prin boli transmisibile predomină infecțiile acute ale căilor respiratorii – 41,84%, pneumoniile – 22,76%, varicela – 14,96%, bolile diareice acute determinate – 4,86% și bolile diareice acute nedeterminate – 4,16%

Situația epidemiologică prin tuberculoză în raionul Cahul actualmente se caracterizează prin creșterea morbidității. Incidența globală prin tuberculoză pentru anul 2012 constituie 95,34%ooo, comparativ cu 97,74%ooo în anul 2011 (pe țară – 114,82%ooo și 114,58%ooo respectiv).

Pe parcursul anului 2012, au fost înregistrate 96 de cazuri primar depistate, inclusiv 4 cazuri de tuberculoză pulmonară la copii, în 2011 – 99 de cazuri, primar depistate, dintre care 6 cazuri la copii.

Prevalența prin tuberculoză pulmonară în raionul Cahul este în scădere și se menține sub nivelul indicilor republicani, constituind 56,88%ooo în anul 2012.

Nivelul mortalității infecțioase este determinat de decesele prin tuberculoză, care este pe primul loc. Indicii mortalității prin tuberculoză în raionul Cahul sunt sub nivelul indicilor pe Republica Moldova,