

Однако развитие информационных технологий, наблюдаемое в последние годы, заставляет искать не только новые пути к организации взаимодействия врача и пациента, но учитывать необходимость создания совершенно новых структур, увеличивая затраты на обеспечение их функционирования. При этом успех развития телекоммуникаций в медицине будет зависеть от умения избирательно оценивать целесообразность внедрения информационных технологий в клинику в каждом конкретном случае (учет не только удобств использования и скорости в контактах, но и возможностей предупреждения их нежелательных последствий). В таких условиях одним из выходов может стать организация специальных учебных курсов, посвященных вопросам информационных технологий в медицине, в рамках высшего и последипломного образования

#### Литература

1. Герасименко И.Н. Информационные технологии и телемедицина // *Профессия и здоровье: материалы V Всероссийского конгресса*. М.: Дельта, 2006. С. 188–192.
2. Герасименко И.Н. Развитие региональной телемедицинской сети // *Там же*. С. 192–197.
3. Герасименко И.Н. Компьютерные технологии в системе организационного обеспечения и программно-целевого планирования регионального здравоохранения // *Актуальные проблемы деятельности диагностических центров в современных условиях: мат. ежегодн. конф. ДиаМа*. Н. Новгород, 2004. С. 167–169.
4. Герасименко И.Н., Голованова О.Ю., Шляпников В.В., Пташинский Р.И. Использование телемедицинских услуг в целях оказания высококачественной медицинской помощи различным категориям населения // *Профессия и здоровье: материалы V Всероссийского конгресса*. М.: Дельта, 2006. С. 197–200.
5. Герасименко И.Н. Менеджмент и маркетинг как показатель активности персонала при использовании телемедицинских технологий в здравоохранении региона // *Профессия и здоровье: мат. VI Всероссийского конгресса*. М.: Дельта, 2007. С. 414–418.
6. Герасименко И.Н. Некоторые подходы к оценке удовлетворенности телемедицинскими технологиями // *Там же*. С. 418–420.
7. Казаков В.Н., Климовицкий В.Г., Владимирский А.В. Телемедицина. Донецк: Норд, 2002. 100 с.
8. Лазарев А.Ф., Богатырев В.Н., Григорук О.Г. и др. Телемедицина как перспективное направление в морфологии // *Клиническая лабораторная диагностика*. 2003. № 9. С. 27.
9. Пуховец И.А., Герасименко И.Н. Региональная система телемедицины как основа внедрения телемедицинских технологий в здравоохранении Алтайского края // *Современные диагностические технологии на службе здравоохранения: сб. науч. работ*. Омск, 2003. С. 43–45.

Поступила в редакцию 08.04.2012.

#### TELEHEALTH IN INTENSIVE CARE: ADVANCES IN NEW TECHNOLOGIES

S.E. Gulyaeva<sup>1</sup>, A.V. Ovchinnikov<sup>1</sup>, S.A. Gulyaev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), <sup>2</sup> Saint Lucas Institute of Children Neurology and Epileptology (2 Bld. 13 Borisovskiy Prudy, Moscow 109156 Russia) Summary – The authors present data about the features of the up-to-date information technologies being put in the health care practice and highlight that the telecommunications in the health care institutions will require introducing new equipment and facilities and many structural changes relative to the institutional and procedural framework and the interpersonal relationships (between patients, between a doctor and a patient, and between doctors of various specialisations). As reported, these conditions will make a medical specialist update the views and knowledge in such a way that there will be no problems in the established traditional attitude 'patient–doctor' based upon the patient's belief in doctor's experience and skills, on the one hand, and in the shortest period will allow to improve the diagnostic procedures and the choice of treatment method. Otherwise, this will provoke the loss of a definition 'attending medical doctor' and formation of the uncontrollable process of self-treatment and drug circulation that, finally, will result in the reduction of the common public health and the unjustified resource depletion in the public health care.

**Key words:** telehealth, legal regulation, intensive care.

Pacific Medical Journal, 2012, No. 3, p. 21–25.

УДК 616-008.87:616-074/016-08-039.35

## ЛОКАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Е.А. Бандурова, В.Б. Шуматов, Е.В. Елисева*

Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

**Ключевые слова:** антибиотикорезистентность, микробиологический мониторинг, интенсивная терапия.

Пациенты с тяжелой абдоминальной хирургической патологией в условиях интенсивной терапии относятся к группе высокого риска развития инфекционных осложнений, учитывая тяжесть состояния, иммунный статус, инвазивные методы диагностики и лечения. Установление микробной картины и резистентности возбудителей необходимо для адекватной антибактериальной терапии. Исследовано 159 проб биологического материала от 104 пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, желудка и кишечника, находившихся в отделении анестезиологии и реанимации Владивостокской клинической больницы № 2 за 2009–2011 гг. Установлено, что в образцах эндотрахеального аспирата, перитонеальной жидкости и раневого

отделяемого преобладают представители грамтрицательных неферментирующих бактерий (*A. baumannii*, *P. aeruginosa*) и семейства *Enterobacteriaceae* (*E. gergoviae*, *E. aerogenes*, *E. coli*, *K. pneumoniae*), уровень их резистентности достигает критических величин. Грамположительная флора была представлена *S. epidermidis*, *S. pyogenes*, *E. faecalis* и *S. aureus*.

Рациональное использование лекарственных средств, в том числе антибиотиков, во всем мире имеет огромное медицинское и социально-экономическое значение. Планирование и оптимизация антибактериальной терапии возможны только на основании данных локального микробиологического мониторинга с учетом резистентности возбудителей в каждом

Бандурова Екатерина Александровна – очный аспирант кафедры реанимации, анестезиологии, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПК и ППС ВГМУ; e-mail: ymkak1984@bk.ru

конкретном стационаре, отделении и для отдельных нозологий [12, 13], поэтому отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), часто являющиеся поливалентными, необходимо подвергать наиболее тщательному контролю [4, 6]. Антимикробная терапия в лечении пациентов с хирургической абдоминальной патологией в ОРИТ остается одной из самых актуальных проблем ургентной хирургии [2]. Развитие суперинфекции у половины больных, поступивших в ОРИТ, обусловлено тяжестью состояния, активной хирургической тактикой, инвазивными методами диагностики и лечения, а также длительностью лечения [5]. У данной группы лиц преобладают нозокомиальные пневмонии, в том числе связанные с искусственной вентиляцией легких, и инфекции области оперативного вмешательства [9]. Их отличительной особенностью является быстрорастущая в процессе лечения полирезистентность [8, 12].

Цель работы: установить микробиологическую структуру и резистентность основных микроорганизмов, выделенных у пациентов с абдоминальной хирургической патологией в ОРИТ.

**Материал и методы.** Исследовано 159 проб биологического материала от 104 пациентов, находившихся в ОРИТ более 48 часов, с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, желудка и кишечника. Работа выполнена на базе отделения анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии Владивостокской клинической больницы № 2 в 2009–2011 гг. Биологический материал включал в себя пробы эндотрахеального аспирата, перитонеального экссудата и раневого отделяемого. Культуральное исследование производили на неселективных и селективных питательных средах. Предварительную идентификацию микроорганизмов выполняли на основании тинкториальных, морфологических и биохимических тестов с последующей окончательной идентификацией. Определение чувствительности микроорганизмов проводили дискодиффузионным методом на среде Мюллер–Хинтон, согласно методическим указаниям для определения

чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам (МУК 4.2. 1890–04.2004). Полученные данные обрабатывались с помощью методов описательной статистики.

**Результаты исследования.** Лидирующие позиции в структуре хирургической патологии занимали воспалительные заболевания поджелудочной железы (27% случаев), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (24% случаев), заболевания желчевыводящих путей (17% случаев). Острая кишечная непроходимость, онкологические заболевания кишечника и острый аппендицит составили соответственно 8, 7 и 6%. На перфорации кишечника, грыжи передней брюшной стенки, рак поджелудочной железы пришлось 9% наблюдений. Встречались туберкулезное поражение кишечника, болезнь Крона и некроз большого сальника, осложненные перфорацией и кровотечением (по одному случаю). Нозологическая картина имела некоторые различия в ходе исследования (рис. 1).

В микробиологической картине среди 66 проб эндобронхеального аспирата грамотрицательная флора превалировала над грамположительной: 77,3 и 13,6% наблюдений соответственно. В 9,1% случаев встречались микробные ассоциации. Удельный вес некоторых возбудителей менялся в ходе исследования (рис. 2).

В микробном пейзаже среди проб эндобронхиального аспирата, взятых у пациентов с протезированием органов дыхания, ведущим патогеном является *Acinetobacter baumannii*, доля которого составила 27,5%. Зарегистрирован крайне высокий уровень резистентности этого микроорганизма к меропенему – 72,2%, причем если в 2009 г. к нему были резистентны 50% штаммов, то в 2010 г. – 83,3%, а в 2011 г. чувствительных к меропенему штаммов *A. baumannii* не выявлено. Схожая резистентность *A. baumannii* – 84% – выявлена к аминогликозидам. Наименьшая резистентность в отношении *A. baumannii* отмечена для цефоперазона/сульбактама (ЦПС) и тигециклина. В 2011 году к ЦПС был нечувствителен каждый третий штамм, к тигециклину – каждый второй.

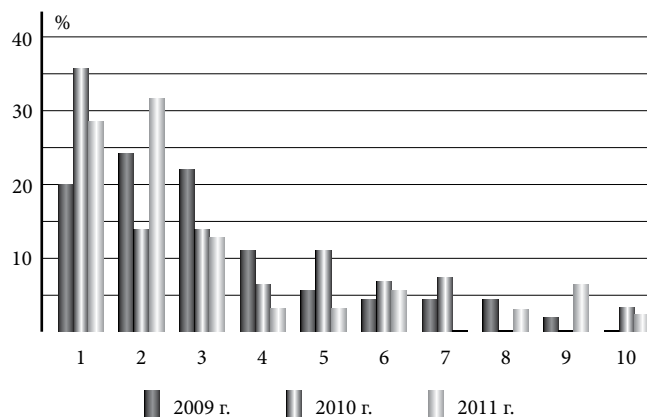


Рис. 1. Структура хирургической патологии с 2009 по 2011 г.

1 – острый панкреатит, 2 – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, 3 – заболевания желчных путей, 4 – острая кишечная непроходимость, 5 – онкозаболевания, 6 – острый аппендицит, 7 – перфорации кишечника, 8 – грыжи, 9 – другие заболевания кишечника, 10 – рак поджелудочной железы.

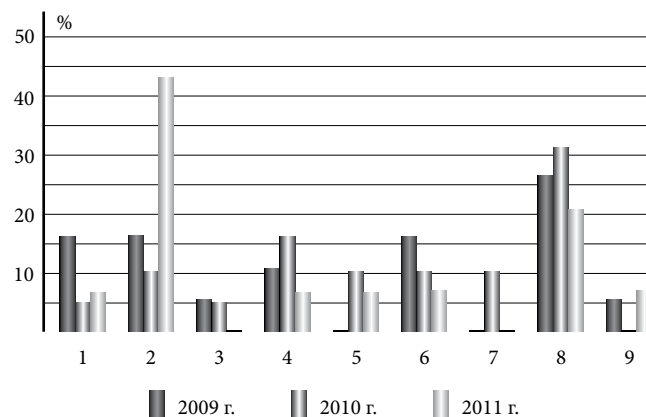


Рис. 2. Внутривидовой состав грамотрицательных возбудителей, выделенных из проб эндобронхеального аспирата в 2009–2011 гг.:

1 – *P. aeruginosa*, 2 – *E. gergoviae*, 3 – *E. cloacae*, 4 – *E. aerogenes*, 5 – *E. coli*, 6 – *K. pneumoniae*, 7 – *A. lwoffii*, 8 – *A. baumannii*, 9 – *P. mirabilis*.

На второй позиции находился *Enterobacter gergoviae* (21,6%), проявивший устойчивость к меропенему – в 55,6%, пиперациллин/тазобактаму – в 62,5%, амикацину – 74,0% и амоксициллин/клавуланату (АМК) – в 75% случаев.

На третьем месте также находился представитель семейства *Enterobacteriaceae* – *Enterobacter aerogenes*, на долю которого пришлось 11,8% проб. Наименьшая резистентность *E. aerogenes* отмечена к меропенему (63,6%) и АМК (85,7%).

*Klebsiella pneumoniae*, обнаруженная в 11,8% проб, в половине случаев была чувствительна к аминогликозидам. К ципрофлоксацину чувствительность составляла 62,5% и была сравнима с таковой для меропенема (61,1%), к АМК – 75%. Среди цефалоспоринов III поколения наиболее эффективным оказался цефотаксим – 57%, чувствительность к цефоперазону и цефтазидиму равнялась 33%.

Доля *Pseudomonas aeruginosa* оказалась невелика – 9,8%, однако в половине случаев она была устойчива к ЦПС, и в трети случаев – к меропенему. Резистентность к гентамицину составила 40%, к амикацину – 59%.

Среди возбудителей минимальна роль *Escherichia coli* – 5,9%, доля *Acinetobacter lwoffii*, *Enterobacter cloacae* и *Proteus mirabilis*, составила 11,7%.

Основными грамположительными возбудителями в эндотрахеальных аспиратах у пациентов с абдоминальной патологией являлись *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus* – по 33,3% проб каждый. Резистентность *S. epidermidis* к оксациллину, гентамицину, линкомицину и ванкомицину составила 66,7%. Все его штаммы были устойчивы к левофлоксацину и эритромицину.

Следует отметить абсолютную природную чувствительность *S. pyogenes* к пенициллину. Примечательно, что все его культуры, выделенные в 2009 г., были чувствительны к эритромицину, левофлоксацину, линкомицину и ванкомицину, однако в 2010 г. выделен возбудитель, устойчивый ко всем этим препаратам. У половины культур *S. pyogenes* отмечена резистентность к гентамицину и цефотаксиму.

Доля *S. aureus* и *Enterococcus faecium* составляет 22,2% и 11,1% соответственно. Выявленный только в 2011 г. *S. aureus* проявлял абсолютную устойчивость к оксациллину и эритромицину; к ванкомицину резистентны 33,3%, левофлоксацину – 66,7%, гентамицину и линкомицину – 75% штаммов. Чувствительность *S. aureus* к меропенему и линезолиду равнялась 100%.

Среди образцов, взятых из перитонеального экссудата и раневого отделяемого, также выявлено преобладание грамотрицательной флоры – 74,2% наблюдений. Комбинации возбудителей встречались эпизодически – 5,4% случаев, удельный вес *Candida albicans*, выявленной только в 2009 г., составил 2,1%.

Лидирующие позиции в образцах, взятых из перитонеального экссудата и раневого отделяемого, по нашим данным (26% наблюдений), занимала *E. coli*, резистентная к меропенему в 5%, к АМК – в 16,7%, к

цефепиму – в 25% случаев. Следует отметить снижение уровня ее резистентности к амикацину: с 42,9% в 2009 г. до 7,1% в 2011 г. К гентамицину отмечена стабильная резистентность – 36,7%. К ципрофлоксацину были резистентны 43,3%, к цефотаксиму – 50% штаммов. В 100% случаев *E. coli* проявляла чувствительность к ЦПС и пиперациллин/тазобактаму.

На долю *E. gergoviae* в среднем приходилось 19% наблюдений, однако в 2010 г. их доля снизилась с 24,1 до 11,1%, уступив «первенство» *A. baumannii* – 16%. Следует отметить высокий уровень резистентности *E. gergoviae* к меропенему – 46,2%, пиперациллин/тазобактаму – 66,7%, АМК – 70,0%, гентамицину и амикацину – 77,3 и 75% соответственно. Отмечено, что в 2009 г. к ципрофлоксацину устойчивы оказались 83,8% штаммов, но в 2011 г. их уровень снизился до 50%. Наиболее эффективным препаратом в отношении *E. gergoviae* оказался ЦПС.

У штаммов *A. baumannii* также наибольшая чувствительность отмечена к ЦПС – к нему был чувствителен каждый второй, а к меропенему – каждый четвертый штамм. В 2010 г. был выделен *A. lwoffii*, частота встречаемости которого к 2011 г. увеличилась в 2 раза.

Удельный вес *P. aeruginosa* и *Proteus vulgaris* составил 9 и 7% соответственно. Наименьшая резистентность *P. aeruginosa* отмечена к пиперациллин/тазобактаму – 33,3%, половина штаммов этого возбудителя была резистентна к амикацину и ципрофлоксацину, 60 и 64,2% – к цефепиму и меропенему соответственно. Абсолютная устойчивость отмечена к ЦПС.

Доля *K. pneumoniae* составляла 5,8%. Эпизодически встречались *Enterobacter cloacae*, *E. aerogenes*, *P. mirabilis* и *Providencia stuartii* – 11,6% наблюдений.

Среди грамположительных возбудителей послеоперационных осложнений ключевыми являлись: *S. epidermidis* (52,9%), *Enterococcus faecalis* (29,4%) и *S. aureus* (17,6%). Следует отметить, что в 2009 и 2010 г. данные возбудители встречались в равном соотношении, тогда как в 2011 г. *S. aureus* обнаружен не был.

*S. epidermidis* в 20% случаев оказался резистентен к гентамицину, в 25% – к цефазолину и в 28,6% – к левофлоксацину. Наибольшая устойчивость отмечена к оксациллину и линкомицину: 40 и 50% соответственно. Резистентность *E. faecalis* к ванкомицину оказалась равной 41,7%. Половина выделенных штаммов *S. epidermidis* проявляла чувствительность к ампициллину, цефотаксиму, левофлоксацину и гентамицину. Высокий уровень резистентности выявлен к линкомицину (70%) и цефтриаксону (83,3%).

Золотистый стафилококк продемонстрировал 100% чувствительность к оксациллину, гентамицину, эритромицину, линкомицину и ванкомицину. Из фторхинолонов в его отношении 100%-ная активность отмечена у левофлоксацина, к ципрофлоксацину была чувствительна лишь половина выделенных штаммов.

Роль грибковой инфекции незначительна: на долю *C. albicans* в 2009 г. пришлось всего 5,1% наблюдений, а в 2010–2011 гг. грибы не высевались.

Доля микробных ассоциаций, представленных только аэробными возбудителями, составила всего 5,4%.

**Обсуждение полученных данных.** По данным различных авторов, основными возбудителями инфекций дыхательных путей являются *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii* и *E. coli* [10]. Однако в последние годы по всему миру отмечен отчетливый рост частоты нозокомиальных инфекций, вызванных *Acinetobacter* spp., которые наиболее распространены в ОРИТ в связи с концентрацией в них наиболее тяжелых больных, имеющих множество сопутствующих заболеваний, глубокие расстройства гомеостаза и низкий иммунный статус [7]. В ходе нашего исследования также было выявлено, что в микробном пейзаже среди проб эндобронхального аспирата, взятых у пациентов с протезированием органов дыхания, ведущим патогеном служил *A. baumannii*. Нозокомиальные штаммы *Acinetobacter* spp. характеризовались высокой резистентностью к антибиотикам. По нашим данным, *A. baumannii* был чувствителен к ЦПС, тигециклину. В 2011 г. выявлена абсолютная устойчивость этого микроорганизма к меропенему. По данным отечественных исследователей, достаточной клинической и микробиологической эффективностью обладают лишь меропенем, ЦПС и в некоторых стационарах – ампициллин/сульбактам. Однако повсеместное применение данных препаратов ведет к формированию панрезистентных штаммов [7, 8, 11].

По данным зарубежных и отечественных многоцентровых исследований, семейство *Enterobacteriaceae* среди грамотрицательных бактерий занимает лидирующие позиции в ОРИТ [9]. По нашим данным, основными его представителями являются *E. gergoviae*, *E. aerogenes* и *K. pneumoniae*. Следует отметить невысокий процент встречаемости синегнойной палочки, чувствительной лишь к меропенему, ЦПС, а также к аминогликозидам.

Грамположительная флора в эндотрахеальных аспиратах представлена *S. epidermidis*, *S. pyogenes*. Ключевым возбудителем, по мнению многих авторов, является *S. aureus* [9]. В нашем исследовании *S. aureus*, высокочувствительный к меропенему и линезолиду, был выявлен только в 2011 г.

В литературе описывается рост стафилококковых и стрептококковых инфекций, вызванных полирезистентными штаммами, устойчивыми ко всем  $\beta$ -лактамам антибиотикам, а также к макролидам и аминогликозидам. Нами также был отмечен высокий процент резистентности *S. epidermidis* к к этой группе антибактериальных препаратов.

Среди основных причин, приведших к росту количества грамположительных инфекций, можно выделить основные: агрессивную антибиотикотерапию (особенно цефалоспорины III поколения) и расширение контингента больных группы высокого риска, что связано с достижениями медицины в кардиологии, хирургии и трансплантологии.

Выделение в 2009 г. *S. pyogenes*, чувствительного ко всем препаратам, в том числе и к пенициллину, возможно связано с дефектами забора биоматериала, учитывая тот факт, что эти бактерии колонизируют слизистые оболочки ротоглотки.

По мнению многих авторов, возбудителями послеоперационных инфекционных осложнений являются полирезистентные представители семейства *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *K. pneumoniae*) и неферментирующие бактерии, такие как *P. aeruginosa* и *A. baumannii* [1, 7, 11, 12]. Однако данные исследований несколько отличаются. Так, А.В. Nathens et al. считают, что лидирующие позиции занимают *E. coli*, *Enterococcus* spp., коагулазонегативные стафилококки и *Candida* spp. По данным же А. Roehrborn et al., микробный пейзаж представлен *Enterococcus* spp., *S. epidermidis*, а также *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp. и *P. aeruginosa* [3, 11]. Н.А. Ефименко и др. отметили, что микробиологическая структура выглядит следующим образом: *P. aeruginosa*, *E. coli*, *S. aureus*, *Enterococcus* spp., *Bacteroides fragilis*. Однако, по мнению С.В. Сидоренко и др., на первом месте по частоте встречаемости стоят *Enterococcus* spp. (21%), *E. coli* (19%) и *Enterobacter* spp. (12%). Исследования Б.Т. Чурадзе выявили лидирующую позицию таких патогенов, как *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Enterococcus* spp., *K. pneumoniae* [14]. В ходе нашего исследования было установлено преобладание *E. coli*, *E. gergoviae*, *A. baumannii*, и в меньшей степени – *P. aeruginosa*. Следует отметить высокую чувствительность *E. coli* к меропенему, АМК, цефепиму и амикацину. В отношении наиболее «проблемных» *A. baumannii* и *E. gergoviae* наибольшая эффективность отмечена у ЦПС и меропенема.

Преобладание кишечной микрофлоры – *E. coli*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp. и других грамотрицательных бактерий может быть связано с наличием у большинства госпитализированных пациентов перитонита, который перечисленные бактерии вызывают в 70% случаев. Однако представители *Pseudomonas* spp. и *Acinetobacter* spp. практически всегда являются возбудителями внутрибольничных инфекций, поэтому ведущую роль в их профилактике играют неукоснительное соблюдение правил антисептической гигиены рук персонала, изоляция пациентов с подтвержденной инфекцией, адекватная дезинфекция и стерилизация оборудования и предметов ухода.

Наибольшее значение среди грамположительных возбудителей послеоперационных осложнений, по мнению отечественных авторов, имеет метициллинорезистентный *S. aureus* и *Streptococcus* spp. Однако, по нашим данным, ключевыми возбудителями здесь были *S. epidermidis*, *E. faecalis* и *S. aureus* (примечательно, что в 2011 году *S. aureus* не был выявлен). Выделение коагулазонегативных стафилококков требует тщательного анализа, так как эти бактерии маловирулентны, их значение возрастает у иммунокомпрометированных пациентов [3, 11].

Наиболее значимой проблемой инфекций, вызываемых *S. aureus*, некоторые авторы считают резистентность к оксациллину, описывается высокая активность только линезолида и ванкомицина [10]. Однако, по нашим данным, золотистый стафилококк проявлял 100%-ную чувствительность к оксациллину, гентамицину, эритромицину, линкомицину и ванкомицину.

Доля грибов (*C. albicans*) и микробных ассоциаций, представленных аэробами, на нашем материале оказалась минимальной, что соответствует отечественным и отличается от зарубежных данных. Так, в работе J. De Waele et al. (2003) показано, у 37% пациентов выделялись грибы рода *Candida*, а также смешанная инфекция, представленная аэробно-анаэробными ассоциациями [15].

В ходе исследования было установлено значительное преобладание грамотрицательной флоры как в материале из верхних дыхательных путей, так и в образцах раневого отделяемого и перитонеального экссудата. Основными возбудителями инфекций дыхательных путей были *A. baumannii*, *E. gergoviae* и *E. aerogenes*. В образцах из перитонеального экссудата и раневого отделяемого ключевыми возбудителями служили *E. coli*, *E. gergoviae* и *A. baumannii*. Наиболее эффективными препаратами здесь оказались ЦПС, пиперациллин/тазобактам, меропенем и аминогликозиды. Основным грамположительным возбудителем среди всех образцов стал *S. epidermidis*, тогда как роль *S. aureus* была сведена к минимуму.

Микробная картина и резистентность возбудителей у пациентов с абдоминальной хирургической патологией в ОРИТ изменяется со временем и специфична для разных стран, городов и стационаров. Результаты нашего исследования показывают, что необходимо проведение непрерывного локального микробиологического мониторинга и анализа динамики антибиотикорезистентности возбудителей в ОРИТ.

Учитывая полученные данные, возможно изменение подхода к стартовой эмпирической антибиотикотерапии для достижения ее максимальной эффективности.

#### Литература

1. Богушевич Ю.А., Голубкова А.А. Рационализация мероприятий по профилактике внутрибольничных гнойно-септических инфекций в ОРИТ клиники абдоминальной хирургии // *Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений: материалы VIII научно-практической конференции*. М., 2010. С. 30–32.
2. Гельфанд Б.Р., Савельев В.С. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство. М.: Литерра, 2006. 168 с.
3. Демещенко В.А., Багин В.А., Розанова С.М. Особенности этиологической структуры и фенотипа резистентности возбудителей к антибиотикам вентилятор-ассоциированной пневмонии, развившейся на фоне абдоминального сепсиса // *ICJ*. 2008. №3. URL: <http://www.icj.ru:8081/2008-02-03.html> (дата обращения 15.03.2012)
4. Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И., Гельцер Б.И. Управление качеством в сфере применения антибактериальных препаратов. Владивосток: Дальнаука, 2010. 180 с.
5. Ковалишенина О.В. Роль различных отделений многопрофильного ЛПУ в поддержании эпидемического процесса госпитальных инфекций // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2008. № 2, прил. (ч. II). С. 498–499.
6. Микробиологический мониторинг и эпидемиологический анализ антибиотикорезистентности микроорганизмов с использованием компьютерной программы WHONET: методические рекомендации / Зуева Л.П., Поляк М.С., Колосовская Е.Н. и др. СПб., 2005. 72 с.
7. Попов Т.В. Нозокомиальные инфекции в отделении интенсивной терапии хирургического профиля: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 146 с.
8. Реишедько Г. К., Рябкова Е. Л., Фаращук А. Н. Неферментирующие грамотрицательные возбудители нозокомиальных инфекций в ОРИТ России: проблемы антибиотикорезистентности // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2006. № 8. С. 243–259.
9. Руднов В. А., Бельский Д. В., Дехнич А. В. Инфекции в ОРИТ России: результаты национального многоцентрового исследования // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2011. Т. 13, № 4. С. 294–304.
10. Руднов В.А., Чучалин А.Г., Авдеев С.Н. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых: национальные рекомендации. М.: Ярославский печатный двор, 2009. 90 с.
11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция (классификация, диагностика, антимикробная терапия): Российские национальные рекомендации. М.: Литерра, 2011. 99 с.
12. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. М.: Бионика, 2000. 144 с.
13. Страчунский Л.С., Pechere J.C., Dellinger E.P. Политика применения антибиотиков в хирургии // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2003. Т. 5, № 4. С. 302–317.
14. Чурадзе Б.Т. Госпитальные инфекции в отделении интенсивной терапии многопрофильной больницы: микробиологическая структура и обоснование тактики антимикробной терапии: дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 132 с.
15. De Waele J.J., Vogelaers D., Blot S. Fungal infections in patients with severe acute pancreatitis and the use of prophylactic therapy // *Clin. Infect. Dis*. 2003. Vol. 37. P. 208–213.

Поступила в редакцию 05.04.2012.

#### LOCAL MICROBIOLOGICAL MONITORING AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MAIN PATHOGENIC AGENTS IN PATIENTS WITH SURGICAL PATHOLOGY IN THE INTENSE CARE DEPARTMENTS

E.A. Bandourova, V.B. Shoumatov, E.V. Eliseeva  
Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

**Summary** – The patients with the severe abdominal surgical pathology under intensive care conditions should be classified as those of having high risk for the infectious complications with due consideration to the severity, immune state, invasive methods of diagnostics and treatment. The clarified microbial picture and antibiotic resistance are required to administer adequate antibacterial therapy. The authors have conducted tests of 159 bioassays from 104 patients with the diseases in bile passages and pancreatic gland, stomach and bowels who underwent treatment in the anaesthesiology and reanimation department of the Vladivostok Clinical Hospital No. 2 in 2009–2011. As shown, there were gram-negative non-fermentative bacteria (*A. baumannii*, *P. aeruginosa*) and Enterobacteriaceae (*E. gergoviae*, *E. aerogenes*, *E. coli*, *K. pneumoniae*) in the specimen of endotracheal aspirate, peritoneal fluid and traumatic discharge. Their resistance rate reached critical values. The gram-positive flora comprised *S. epidermidis*, *S. pyogenes*, *E. faecalis*, and *S. aureus*.

**Key words:** antibiotic resistance, microbiological monitoring, intensive care.