

профилактики ВБИ и разработка системы адаптированного эпидемиологического надзора (ЭН) для конкретного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

Цель работы: Принимая во внимание высокую заболеваемость ВБ ГСИ в отделениях различного профиля и в связи тем, что в Республике Узбекистан не были изучены эпидемиологические особенности данной проблемы, мы сочли необходимым изучить значимость этой патологии в отделениях хирургического профиля.

Материал и методы исследования: явились статистические данные Республиканского ЦГСЭН по заболеваемости ВБИ за 2000-2012гг. В работе применялись эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты: В результате проведенных эпидемиологических анализов заболеваемости

ВБИ выявлено 38 нозологических единиц ВБИ. Уровень заболеваемости ВБИ в Республике Узбекистан составляет 2,2%. Среди 38 нозологических форм 50% случаев относились к внутрибольничным послеоперационным раневым инфекциям, то есть хирургическим раневым инфекциям.

Выводы: Таким образом, в хирургических отделениях больничных стационаров происходит процесс нарастания устойчивых к антибиотикам, антисептикам и дезинфектантам вариантов бактерий, что может привести к ещё большому снижению эффективности лечебных и противозидемических мероприятий. Частота, уровни и спектры приобретенной устойчивости к антибиотикам и антисептикам зависит от типа препарата, вида и варианта бактерий, типа хирургического отделения.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ УРОВНЯ D-ЛАКТАТА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ

С.Н. Бабаходжаев, О.Ш. Касимов

*НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.*

Установление этиологии менингитов в ранние сроки заболевания является важным моментом, определяющим выбор рациональной терапии и организацию адекватных противозидемических мероприятий в окружении больного. Однако, как свидетельствуют данные литературы, на этапе первичного диагноза частота диагностических ошибок достигает 50-70% [Семенов В.М. и др., 2009]. Причем особую сложность представляет дифференциальная диагностика бактериальных и вирусных менингитов, особенно в первые дни заболевания. Поскольку в настоящее время не существует тест, с помощью которого можно было бы однозначно определить, имеется ли бактериальный менингит у пациента с изменениями в спинномозговой жидкости (СМЖ) и отрицательными результатами микроскопии мазка СМЖ и культурального исследования, представляется актуальным разработка нового, высокочувствительного и доступного теста для оптимизации дифференциальной диагностики.

Цель работы: Изучить диагностическую возможность определение уровня D-лактата в спинномозговой жидкости при гнойных менингитах.

Материал и методы исследования. Обследование 49 больных с гнойными и 30 серозными менингитами. В качестве контроля обследовано 15 больных с острыми респираторными вирусными инфекциями. Уровень D-

лактата в СМЖ определяли спектрофотометрическим методом. Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Для дифференциальной диагностики бактериальных и вирусных менингитов, а также оптимизации применения антибактериальных препаратов в лечении больных острыми бактериальными менингитами может быть рекомендовано использование метода определения уровня D-лактата в СМЖ. При концентрации D-лактата в СМЖ от 6,26 мг/л до 8,6 мг/л менингит может быть отнесен к возможно вирусному, при концентрации более 8,6 мг/л - к бактериальному и начата антибактериальная терапия.

В начале заболевания (1-4 день антибактериальной терапии) уровень D-лактата в СМЖ при гнойных менингитах составлял в среднем  $15,68 \pm 8,2$  мг/л, при серозных менингитах  $4,69 \pm 0,85$  мг/л у больных острыми респираторными вирусными инфекциями -  $4,27 \pm 1,2$  мг/л. При этом концентрация D-лактата в СМЖ достоверно коррелировала с тяжестью заболевания ( $R = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ). В процессе лечения больных бактериальным менингитом при наличии положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии концентрация D-лактата в СМЖ в течение 4-10 дней снижалась в 1,28-2,15 раз, а при отрицательной динамике, напротив, повышалась в 1,21-9,22 раз. Четкой корреляции между показателем цитоза, уровнем белка и

уровнем D-лактата в СМЖ выявлено не было. Сопоставление концентрации D-лактата в СМЖ и сыворотке крови показало, что снижение концентрации D-лактата в СМЖ происходило быстрее, чем в сыворотке крови и лучше отражало динамику заболевания.

Выводы: Таким образом, определение концентрации D-лактата в СМЖ может являться дополнительным диагностическим критерием гнойного менингита, а повышение концентрации

D-лактата в динамике может явиться показателем неэффективности проводимой антибактериальной терапии.

Кроме того, определение показателя упомянутого параметра может иметь значение при проведении дифференциальной диагностики между гнойными и серозными менингитами, а также острыми респираторными вирусными инфекциями.

## НОВАЯ СХЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТАХ

С.Н. Бабаходжаев, О.Ш. Касимов

*НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Цель работы: создать новую схему управления эпидемическим процессом при бактериальных и серозных менингитах.

Материал и методы исследования. В работе использованы данные санитарно-эпидемиологической службы республики о случаях выявления и регистрации больных гнойными и серозными менингитами.

Результаты. Регистрация случаев серозных и бактериальных менингитов. Выявление больных осуществляют специалисты лечебно-профилактических организаций, независимо от организационно-правовой формы, при всех видах оказания медицинской помощи. «Вероятным» следует считать случай острого заболевания, при котором имеются одновременно или последовательно возникающие сочетанные поражения среди лиц, находящихся в одинаковых условиях по риску заражения или связанные с подтвержденным случаем. Подтвержденным следует считать случай острого заболевания, классифицированный как «вероятный» после лабораторного подтверждения диагноза (поло-жительные результаты ПЦР, выделение культуры *N.meningitidis*, нарастание титра антител). Больные с вероятным диагнозом серозного и бактериального менингита должны быть госпитализированы в стационар. О каждом случае заболевания менингитом лечащие врачи в течение 12 ч посылают экстренное извещение по установленной форме (ф. 058/у) в территориальное учреждение по месту выявления заболевания. При каждом лабораторно подтвержденном случае серозного и бактериального менингита проводится эпидемиологическое расследование с организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. При выявлении групповых очагов заболевания с числом пострадавших:

-25 и более человек среди населения городов и поселков;

-15 и более человек - в образовательных организациях (дошкольных, общеобразовательных организациях начального, среднего и высшего профессионального образования, специальных, для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организациях дополнительного образования детей);

10 и более человек - в лечебно-профилактических организациях (в т. ч. Санаторно-курортных), специализированных организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, организациях отдыха и оздоровления должны быть осуществлены соответствующие профилактические мероприятия.

Профилактические мероприятия. Профилактические мероприятия в отношении серозных и бактериальных менингитов обеспечивается реализацией требований санитарного законодательства Республики Узбекистан и включают в себя:

-благоустройство городов, населенных пунктов, территории организаций;

-обеспечение качественным водоснабжением и исправности коммунальных сетей;

- обеспечения социально-бытовых условий проживания населения;

- обеспечение содержания, эксплуатации, соблюдения противоэпидемического режима лечебно-профилактических, детских дошкольных, образовательных и других организаций;

-гигиеническое образование населения;

- гигиеническое обучение работников отдельных профессий, производств и организаций, водоподготовки, обучением и