

Т. В. ЛЫЗИКОВА, С.Н. МУРАШКО, А. В. РУДЫХ, А. О. БАННИКОВ
ЛОКАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ
КАК ОСНОВА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

В эпоху применения антибиотиков и развития устойчивости к ним выбор стартовой терапии при тяжелой инфекции имеет решающее значение. Подобранный схема должна влиять на все вероятные возбудители и предупреждать развитие резистентности. Тактика деэскалационной терапии с последующей коррекцией на основании ответа пациента и результатов микробиологического исследования снижает вероятность развития устойчивости и дает возможность перейти на схему менее дорогостоящую с более узким спектром действия. Кроме того, следует дифференцированно подбирать схемы АБТ внегоспитальной инфекции и инфекции, вызванной госпитальной флорой, так как возбудители имеют кардинальные отличия по видовому составу и чувствительности к антибиотикам.

Цель работы — изучить особенности микробного пейзажа ОРИТ УЗ «ГОКБ».

Материалы и методы. Изучены результаты посевов различных биологических сред, взятых у пациентов ОРИТ с января по июнь 2014 г. включительно.

Результаты и обсуждение. Основной микробный фон отделения составляет грамотрицательная аэробная флора. По результатам посевов лидируют представители семейства Enterobacteriaceae — суммарно 134 случая, из них *Klebsiella* spp. — 65, *Klebsiella pneumoniae* — 10, *E.coli* — 17, *Enterobacter* spp. — 20, *Proteus* spp. — 11 случаев. Второе место занимает *Acinetobacter* spp. — 98 случаев. Далее следуют псевдомонады — общим числом 56 (*P. aeruginosa* — 53, *Pseudomonas* spp. — 3). Остальная высеваемая флора — грамположительные кокки: 34 — *Staphylococcus* spp. (*aureus*, *epidermidis*, *haemolyticus*) и 33 случая *Enterococcus* spp. Результаты чувствительности к антибиотикам выявленных микроорганизмов выглядят следующим образом: семейство Enterobacteriaceae в 100 % случаев чувствительно к пиперациллин/тазобактаму, к цефоперазон/сульбактаму резистентно всего 2,6 % штаммов, к имипенему и меропенему резистентность (R) выявлена в 7,9 % и 11,4 % соответственно. Более скромные возможности показывают: цефтазидим — R = 26,3 %, цефепим — R = 33,3 %, амикацин — R = 35,9, левофлоксацин — R = 40 %, ампициллин/сульбактам — R = 63,6 %, ципрофлоксацин — R = 100 % (правда, количество исследований всего 4). Ввиду эпидемиологической значимости, аналогично исследован род *Klebsiella* spp.: имипенем — 3,9 %, меропенем — 7,8 %, пиперациллин/тазобактам — 19,4 %, цефоперазон/сульбактам — 22,1 %, левофлоксацин — 44,7 %, амикацин — 46,8 %, ампициллин/сульбактам — 67,6 %, цефепим — 74,7 %, цефтазидим — 77,9 %.

Резистентность *Acinetobacter* spp.: цефоперазон/сульбактам — 6 %, пиперациллин/тазобактам — 21,1 %, ампициллин/сульбактам — 32,3 %, ципрофлоксацин — 50 %, левофлоксацин — 53 %, амикацин — 74,7 %, имипенем — 79,6 %, цефтазидим — 83,2 %, цефепим — 82,2, меропенем — 87 % случаев.

Резистентность *Pseudomonas* spp.: пиперациллин/тазобактам — 2,4 %, амикацин — 41,8 %, цефтазидим и цефоперазон/сульбактам — 48,2 %, имипенем — 58,9 %, меропенем — 62,5 %, левофлоксацин — 78,2 %, цефепим — 80,4 %.

Профиль резистентности *Staphylococcus* spp.: ванкомицин — 0%, нитрофурантоин — 7,4 %, доксициклин — 17,1 %, пенициллин — 78,6 %, ципрофлоксацин — 34,3 %, клиндамицин — 28,6 %, кларитромицин — 34,3 %, оксациллин — 68,6 %%. *Enterococcus* spp.: линезолид, ванкомицин — резистентность 0 %, нитрофурантоин — 7,4 %, доксициклин — 9,7 %, пенициллин — 90 %, ципро-, норфлоксацин — 100 %.

Выводы

1) Оптимальная схема антимикробной терапии в отделении должна быть направлена на грамотициательную флору и наибольшей активностью обладают ингибитор-защищенные пенициллины и цефалоспорины, карбапенемы (имипенем и меропенем). Цефалоспорины III и IV поколения (цефтазидим, цефепим), аминогликозиды (амикацин) и фторхинолоны в качестве стартовой терапии недостаточно эффективны ввиду развития к ним резистентности.

2) В качестве основного антисинегнойного препарата в нашем случае следует использовать пиперациллин/тазобактам; в данной ситуации цефалоспорины и карбапенемы оказались недостаточно эффективны в виду высокой резистентности (особенно к цефепиму).

3) Для снижения антибиотикорезистентности возбудителей следует практиковать регулярную ротацию антибактериальных препаратов (определенные антибиотики используются для эмпирической терапии в течение нескольких месяцев, а затем заменяются следующей группой).

4) Возможность внедрения деэскалационной терапии зависит от эффективной работы микробиологической службы и степени доверия к ее результатам.

Л. К. МАКАРЕНКО, Г. А. ЯРОШЕВИЧ

ГБО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В связи с увеличением продолжительности жизни населения отмечается неуклонный рост дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава.

Эндопротезирование на современном этапе является наиболее эффективным методом лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний и последствий травм тазобедренного сустава.

Во время любого оперативного вмешательства происходит нарушение кровоснабжения и развивается локальная ишемия.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) способствует увеличению доставки кислорода к тканям и тренировке функциональных систем организма. Следствием этого является мобилизация защитных сил организма и повышение устойчивости к неблагоприятным факторам. ГБО обладает также бактерицидным действием, что обеспечивает подавление развития воспаления в ране.

Цель: оценка эффективности применения гипербарической оксигенации в комплексной терапии раннего послеоперационного периода после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 13 пациентов, которым в 2012–2014 гг. в отделении травматологии УГОКБ было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава и дополнительно к фоновой терапии был назначен курс ГБО. Возраст пациентов колебался от 53 до 76 лет. Преобладающее большинство — пациенты пенсионного возраста (92 %). В контрольную группу вошли 10 пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась только базисная терапия. Сеансы проводились в барокамерах БЛКС-303 МК с мониторным наблюдением за показателями сердечно-сосудистой системы (ЧСС, ЭКГ). Курс лечения состоял из 7–8 сеансов продолжительностью по 40 минут при рабочем давлении 30–40 кПа. Как правило, давление повышалось со скоростью 10 кПа за минуту. Использовался индивидуальный подбор режимов терапии. Осложнений от проведения сеансов ГБО не отмечено.

Результаты и их обсуждение

Оценка результатов лечения осуществлялась по следующим группам показателей: