

Таким образом, у *Ent. faecium* в ОАРИТ АН резистентность только к группе пенициллинов (R = 100 %). В ОИТР хорошую эффективность показывают препараты групп оксазолидинонов — линезолид (R = 0 %) и гликопептидов — ванкомицин (R = 2 %).

Выводы

Наиболее часто высеваемыми возбудителями в мокроте ОИТР являются: *Kl. pneumoniae*, *Ac. baumannii*, *Ps. aeruginosa*, — *St. aureus*, *Es. coli*, *Ent. faecalis*, *Ent. faecium*. Это может быть обусловлено высокой частотой использования инвазивных методов диагностики и лечения, а также тяжестью состояния пациентов.

Наиболее эффективными за период исследования были препараты: в отношении *Kl. pneumoniae* — нитрофурантоин (нитрофураны), колистин (полимиксины) и тигециклин (глицилциклины), *Ac. baumannii* — колистин (полимиксины) и тигециклин (глицилциклины), *Ps. Aeruginosa* — гентамицин. При Gr+ кокковой инфекции высокую эффективность имели линезолид (оксазолидиноны) и ванкомицин (гликопептиды).

В ОАРИТ АН из мокроты были выделены следующие возбудители: *Ps. aeruginosa*, *Ent. faecalis*, *Ent. faecium*, из них только *Ent. faecium* резистентна к пенициллинам (100 %), в остальных случаях чувствительность сохранена. Это может быть связано с более благоприятным морбидным состоянием и меньшими сроками госпитализации пациентов ОАРИТ АН.

УДК 616.831.9-002.1-036.22-036.22-036.87

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВТОРИЧНОГО МЕНИНГИТА В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Цитко Н. А., Фандеева Е. А., Лобан Д. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Лызикова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Нозокомиальный менингит является грозным осложнением, возникающий у пациентов после черепно-мозговых травм и нейрохирургических вмешательств. Возбудителями нозокомиального менингита являются различные микроорганизмы, что зависит от длительности нахождения в стационаре, а также от вида нейрохирургических вмешательств [1]. Распространенность варьирует достаточно широко от 0,8 до 1,7 % от общего количества прооперированных пациентов, а его развитие сопровождается высоким риском летального исхода с частотой до 50 % процентов. Сроки развития менингита переменны и зависят от основной патологии, характера оперативного вмешательства и преморбидного фона пациента. Риск развития менингита после хирургического вмешательства сохраняется до 6 недель [2].

Цель

Проанализировать разновидность микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам у пациентов отделения реанимации с диагнозом нозокомиальный менингит в зависимости от давности послеоперационного периода.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, метод математической обработки архивных данных. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением головного мозга субдуральной гематомой различной лока-

лизации, которым проводилось оперативное лечение. Статистическую обработку данных проводили с использованием программного обеспечения «Statistica» 12.6.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были доставлены машиной скорой медицинской помощи и госпитализированы по экстренным показаниям с основным диагнозом: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением головного мозга субдуральной гематомой (одно- или двусторонней локализацией). Всем пациентам было проведено оперативное вмешательство на головном мозге в виде декомпрессионной трепанации черепа с удалением острой субдуральной гематомы, ревизией субдурального пространства. Из госпитализированных пациентов 3 (75 %) были женщины, средний возраст составил 41 год и колебался в пределах 31–46 лет. Возраст госпитализированного мужчины составлял 62 года. В процессе ведения послеоперационного периода для выбора рациональной антибактериальной терапии и профилактики антибиотикорезистентности микроорганизмов всем пациентам проводился бактериальный посев отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам. Бакпосев проводился от 1 до 6 раз одному пациенту в период 1–24 сутки после операции с интервалом 2–7 дней. Отмечено изменение результатов бакпосева на протяжении лечения и изменение данных антибиотикограммы. Установлено, что у одного и того же пациента на протяжении послеоперационного периода высевались разные виды возбудителей, повторяемости не было. В разные сутки послеоперационного периода у 3 (75 %) пациентов были высеяны культуры *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae*, *Staphylococcus aureus ss aureus*, *Acinetobacter baumannii*. Дважды высевалась культура *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium*. По 1 случаю отмечен рост культуры *Staphylococcus epidermidis*, *Acinetobacter sp.*, *Proteus mirabilis*, *Rhizobium radiobacter*, *Enterococcus faecalis*. В 1–5 сутки послеоперационного периода высевались чаще: *Staphylococcus aureus ss aureus*, *Acinetobacter sp.*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae*. В последующие 6–12 сутки: *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae*, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus ss aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus epidermidis*. В период 13–24 сутки послеоперационного периода: *Rhizobium radiobacter*, *Acinetobacter baumannii*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae*, *Staphylococcus aureus ss aureus*. Таким образом, присутствует большое многообразие микроорганизмов и четко установить зависимость их видовой принадлежности от суток послеоперационного периода не удалось. Одновременно определялась чувствительность выделенных возбудителей к антибиотикам, которые имеются в аптечной сети Республики Беларусь. Так установлено, что *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae* чувствительна в 33 % к Amicacin, Tetracycline; в 66 % — к Meropenem. Устойчива в 33 % к Ciprofloxacin, Tetracycline, Meropenem, Ampicillin/Sulbactam; в 66 % — к Levofloxacin, Cefuroxime, Cefixime, Cefepime, Piperacillin, Moxifloxacin, Chloramphenicol, Ceftriaxone, Cefoperazone, Тикарциллин/клавулановая кислота. Так установлено, что *Enterococcus faecalis* чувствителен в 33 % — к Tetracycline, Ampicillin/Sulbactam. Устойчив в 33 % — к Amicacin, Vancomycin, Levofloxacin, Erythromycin, Penicillin; в 66 % — к Doxycycline, Linezolid; в 100 % — к Ciprofloxacin. Так установлено, что *Staphylococcus aureus ss aureus* чувствителен в 50 % к Clindamicin, Охациллин, Clarithromycin, Ciprofloxacin, Doxycycline; в 100 % — к Vancomycin. Устойчив в 50 % случаев к Clindamicin, Охациллин, Clarithromycin, Levofloxacin. Так установлено, что *Acinetobacter baumannii* чувствителен в 33 % к Ciprofloxacin, Doxycycline, Vancomycin, Tetracycline, Meropenem, Ampicillin/Sulbactam. Устойчив в 33 % — к Levofloxacin; в 66 % — к Meropenem; 100 % — к Amicacin, Ceftriaxone. Так установлено, что *Escherichia coli* чувствительна в 33 % к Levofloxacin, Meropenem, Ampicillin/Sulbactam. Устойчива в 33 % к Levofloxacin, Amoxicillin/Clavulanic; в 66 % — к

Amicacin; в 100 % — к Ceftriaxone. Абсолютная чувствительность возбудителей наблюдается при определении антибиотикограммы к Linezolid. Наиболее частая чувствительность возбудителей встречается к Vancomycin, Meropenem. Абсолютная устойчивость в проведенных нами исследованиях установлена к Amoxicillin/Clavulanic, Ceftriaxone.

Выводы

1. Наиболее часто из полученного биоматериала выростала культура *Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae*, *Staphylococcus aureus ss aureus*, *Acinetobacter baumannii*, однако установить зависимость видовой принадлежности возбудителя от суток послеоперационного периода не удалось.

2. Не установлено закономерности в идентификации возбудителя в зависимости от давности послеоперационного процесса.

3. Антибиотикограмма имеет большую вариабельность по отношению к одному и тому же виду возбудителя у каждого конкретного пациента.

4. Рациональная антибиотикотерапия возможна только после идентификации возбудителя у каждого пациента и определения чувствительности к антибактериальным препаратам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиология и реаниматология № 01.2016: Рецензируемый научно-практический журнал / гл. ред. А. А. Бунятян. — М.: Медицина. — 2016. — 84 с.

2. Predictive value of cerebrospinal fluid (CSF) lactate level versus CSF/blood glucose ratio for the diagnosis of bacterial meningitis following neurosurgery / S. L. Leib [et al.] // Clin Infect Dis. — 2011. — Vol. 29. — P. 69–74.

УДК 616.831 – 005-02:616.15 – 008.811.4

ГИПОВОЛЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Чечулин А. А.

Научный руководитель: ассистент А. А. Шматова

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Высокая смертность и инвалидизация от цереброваскулярных болезней в остром периоде требует быстрого и комплексного подхода к оценке волемического статуса при поступлении пациента в отделение анестезиологии и реанимации. Такие пациенты поступают в большинстве случаев с нарушением сознания, с неизвестными антропометрическими параметрами, часто с грубыми нарушениями водно-электролитного баланса. Наличие общемозговой неврологической симптоматики предполагает проведение дегитратационной противоотечной терапии, что может привести к тяжелым осложнениям со стороны сердечно — сосудистой и выделительной систем и повлиять на течение и исход заболевания. В литературе мало данных об объективной оценке волемического статуса пациентов с цереброваскулярными болезнями, основанного на корреляционном подходе между центральным венозным давлением, размерами правой внутренней яремной вены и нижней полой вены, осмолярностью плазмы крови.

Цель

Изучить взаимосвязь между значениями центрального венозного давления, размерами правой внутренней яремной вены и нижней полой вены, осмолярностью плазмы крови как критериев оценки первичного волемического статуса пациентов с цереброваскулярными болезнями.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 38 медицинских карт стационарных пациентов с цереброваскулярными болезнями. Критерии включения: цереброваскулярные болезни