

ставили 82,8% и 73,3%, соответственно) и показатель среднего соотношения диаметра экскавации более или равно 0,52 (чувствительность (Se) и специфичность (Sp) модели составили 79,3% и 60,0%, соответственно).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новые возможности в диагностике эндокринной офтальмопатии (обзор литературы) / Е. С. Таскина [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2017. – № 13. – С. 20–28.
2. Оптическая когерентная томография в диагностике нейропатии у больных с эндокринной офтальмопатией / С. В. Харинцева [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 6. – С. 97–99.

УДК 616.6:[579.61.015.8:615.33]

***А. Н. Старовойтов¹, А. С. Князюк², Е. Г. Рудакевич¹,
Н. И. Симченко², М. Б. Лемтюгов²***

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 2»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПО ДАННЫМ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЗ «ГГКБ № 2»

Введение

В последнее время во всем мире отмечается рост устойчивости возбудителей к антибактериальным препаратам. Последние исследования свидетельствуют о появлении полирезистентных и панрезистентных штаммов бактерий [1].

Ежегодно в мире от лекарственно резистентных инфекций погибает около 700 тыс. человек. По оценкам исследования Review on Antimicrobial Resistance, мировая ежегодная смертность из-за антибиотикорезистентности достигнет к 2050 г. 10 млн. – суммарно это больше, чем сейчас от сахарного диабета и онкологических заболеваний, вместе взятых [2].

Основными факторами развития антибиотикорезистентности являются нерациональное использование антибактериальных препаратов: необоснованное назначение для лечения вирусных и легких бактериальных инфекций; применение антибактериальных препаратов широкого спектра в ситуациях, когда могут эффективно использоваться антибактериальные препараты с узким спектром действия; назначение антибактериальных препаратов без учета спектра возбудителей и их чувствительности [1,3].

Учитывая эти факты, актуальным является вопрос снижения антибиотикорезистентности микроорганизмов путем мониторинга резистентности на уровне каждого лечебного учреждения и назначении рациональной антибиотикотерапии согласно данным посева [3].

Цель

Оценить результаты посевов мочи пациентов, проходивших лечение на базе урологического отделения УЗ «ГГКБ №2» за 2018–2022 гг., с учетом результатов бактериологического мониторинга.

Материал и методы исследования

В исследование включено 660 положительных проб микробиологических посевов мочи (по данным программы WHONET), выполненных в урологическом отделении УЗ ГГКБ№2 за период 2018-2019гг., 2022г. (период 2020-2021гг. не учитывался в связи с перепрофилированием стационара под инфекционный по поводу Covid-19). Лабораторный этап включал стандартизированный посев на среде Мюллер – Хинтон (агар).

Чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам оценивалась с помощью автоматического микробиологического анализатора Vitek 2 Compact и диско-диффузионного метода [4]. Анализ полученных данных проводился с использованием программы «Microsoft Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за исследуемый период в отделении урологии было выявлено 660 положительных посевов мочи (по данным программы WHONET). В микробном пейзаже превалирует грамотрицательная микрофлора – 78,78%, грамположительные микроорганизмы – 21,22%. Среди грамотрицательных микроорганизмов в урологическом отделении преобладают *Escherichia coli* (42,3%), *Pseudomonas aeruginosa* (11,1%), *Klebsiella pneumoniae* ss. *pneumoniae* (11,8%). Ведущий грамположительный микроорганизм – *Enterococcus faecalis* (10,3%).

Наибольшая резистентность *E. coli* (рисунок 1) в отделении отмечалась к меропенему – 100%; амоксициллин/клавулановая кислота – 57%, ципрофлоксацину – 42%. Лучшая чувствительность отмечалась к фосфомицину – 95,5%, амикацину – 86,7%, цефуроксиму – 75,7%.

Анализируя чувствительность *E. coli* к антибактериальным препаратам выявлено увеличение резистентности к ципрофлоксацину на 21%, амикацину на 3,3%. Также отмечается увеличение чувствительности к амоксициллин/клавулановой кислоте на 13,2%. Прослеживается 100% резистентность к карбапенемам (меропенем).

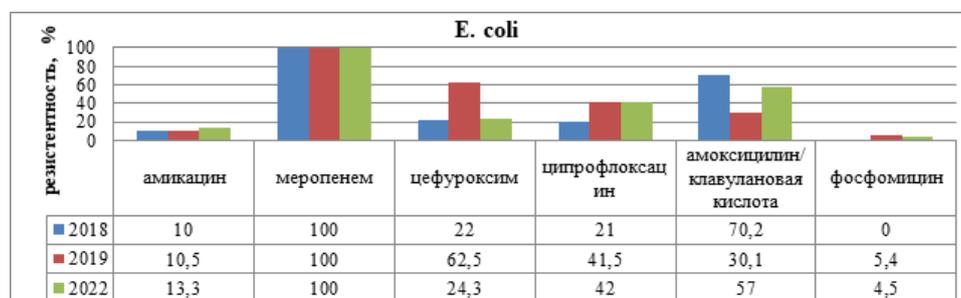


Рисунок 1 – Резистентность высеянных штаммов *E.coli*

Наибольшая резистентность *Ps. aeruginosa* (рисунок 2) в отделении отмечалась к меропенему, ципрофлоксацину – 100%, амоксициллин/клавулановой кислоте – 87,5%. Лучшая чувствительность отмечалась к полимиксин В-100%. Отмечается увеличение чувствительности к амикацину на 35,6%, цефепиму на 31,6%, амоксициллин/клавулановой кислоте на 12,5%.

Наибольшая резистентность *Kl. pneumoniae* (рисунок 3) в отделении отмечалась к меропенему – 100%, амоксициллин/клавулановой кислоте – 67,7%. Лучшая чувствительность отмечалась к полимиксин В, амикацину, цефепиму – 100%. Анализируя чувствительность *Kl. pneumoniae* к антибактериальным препаратам отмечается увеличение чувствительности к амикацину на 57,1%, цефепиму на 100%, офлоксацину на 66,7%, амоксициллин/клавулановой кислоте на 32,3%.

**СЕКЦИЯ Хирургия, онкология и интенсивная терапия.
Траumatология и ортопедия. Лучевая и функциональная диагностика**

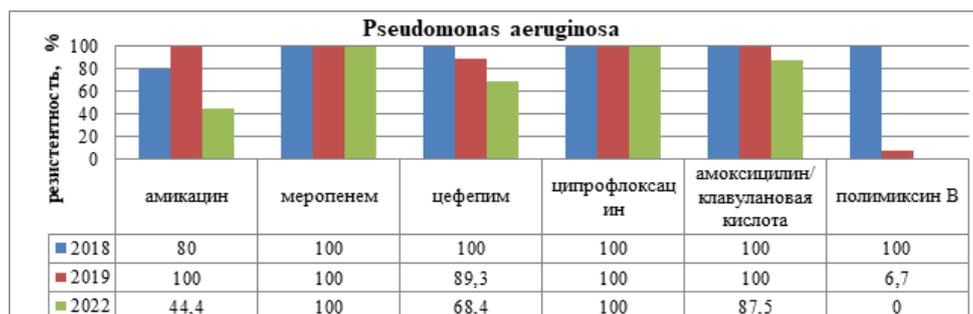


Рисунок 2 – Резистентность высеянных штаммов *Pseudomonas aeruginosa*

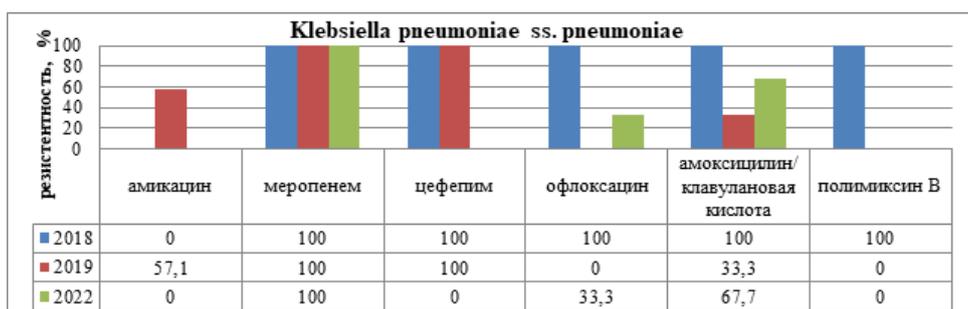


Рисунок 3 – Резистентность высеянных штаммов *Klebsiella pneumoniae ss. pneumoniae*

Наибольшая резистентность *Enterococcus faecalis* (рисунок 4) в отделении отмечалась к фосфомицину – 86,4%, левофлоксацину – 50%. Лучшая чувствительность отмечалась к эритромицину-100%, пенициллину G – 28,6%.

Анализируя чувствительность *Enterococcus faecalis* к антибактериальным препаратам выявлено увеличение чувствительности к левофлоксацину и эритромицину на 50%, пенициллину G на 21,4%, фосфомицину на 13,6%.

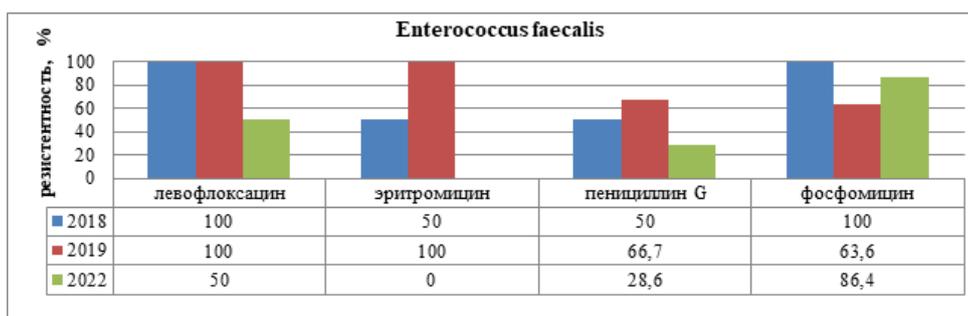


Рисунок 4 – Резистентность высеянных штаммов *Enterococcus faecalis*

Выводы

1. Полученные нами данные свидетельствуют о росте резистентности большинства бактерий (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae ss. pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*) к основным группам антибактериальных препаратов.

2. Учитывая этот фактор, рациональная антибиотикотерапия должна проводиться на основании мониторинга микробиологического пейзажа в каждом конкретном отделении с контролем сроков и терапевтических доз антибактериальных препаратов.

3. Благодаря постоянному мониторингу микробиологического пейзажа урологического отделения и определению чувствительности бактерий к антибиотикам удалось добиться снижения резистентности *E. coli* к амоксицилин/клавулановой кислоте на 13,2%; *Pseudomonas aeruginosa* к амикацину на 35,6%, цефепиму на 31,6%, амоксицилин/клавулановой кислоте на 12,5%; *Kl. pneumoniae* к амикацину на 57,1%, цефепиму на 100%, офлоксацину на 66,7%, амоксицилин/клавулановой кислоте на 32,3%; *Enterococcus faecalis* к левофлоксацину и эритромицину на 50%, пенициллину G на 21,4%, фосфомицину на 13,6%.

4. Учитывая дату выхода последней инструкции по методам определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам (2008 г., РБ) необходима разработка и внедрение новых методов, основанных на последних достижениях микробиологии и эпидемиологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Федеральные клинические рекомендации / Т. С. Перепанова [и др.]. – Москва : Издательский дом «Уромедиа», 2020. – 110 с.
2. Горбунов, В. А. Национальная стратегия предупреждения распространения антибиотикорезистентности в РБ / В. А. Горбунов. – Минск : Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии, 2019. – 10 с.
3. Глыбочко, П. В. Инфекции и воспаления в урологии / В. А. Глыбочко, М. И. Коган, Ю. Л. Набока. – М. : Медфорум, 2019. – 888 с.
4. Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам : инструкция по применению / А. М. Марейко [и др.]. – Минск : 2008. – 83 с.

УДК 616.69-008.1-08

С. Р. Ходжакулиев, А. С. Князюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ИШЕМИЧЕСКИЙ (ВЕНООККЛЮЗИВНЫЙ) ПРИАПИЗМ. СЛУЧАИ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Введение

Ишемический (веноокклюзивный) приапизм (ИП) – наиболее частая и наиболее неблагоприятная форма приапизма сопровождающегося длительной, болезненной, ригидной эрекцией, продолжающейся более 4 часов, не связанная с сексуальным возбуждением и не исчезающая после эякуляции. В целом, ИП достаточно редкое заболевание и встречается от 0,3 до 2,9 случая на 100 000 мужского населения [2, 3]. В связи с низкой частотой встречаемости данной патологии, врачи как правило не имеют достаточного опыта для определения правильной тактики ведения подобных пациентов. Между тем, приапизм относится к неотложным состояниям в урологии и требует ургентного и эффективного лечения, так как вмешательство более чем через 36–72 часа в 25–100% случаев приводит к развитию эректильной дисфункции(ЭД) [4].

Потенциальными этиологическими факторами ишемического ИП являются: гематологические дискразии (серповидно-клеточная анемия, лейкопения и др.), нейроген-