

Е. В. Курочкина
**ОБОСНОВАНИЕ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ МИКРОФЛОРЫ**

*Научный руководитель ассист. С. А. Климук,
Кафедра общей хирургии,*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье изложены частота патологии, вызванной внутрибольничной флорой, видовая структура посевов и чувствительность к антибиотикам, принципы и направления борьбы и профилактика.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, хирургическая раневая инфекция, антибиотики, диагностика, микроорганизмы.

Resume. The article presents the frequency of nosocomial flora-associated pathology, microorganism species and their sensitivity to antibiotics, principles of control and prevention.

Keywords: hospital acquired infection, surgical wound infection, antibiotics, diagnostics, microorganism.

Актуальность. Проблема заболеваемости госпитальными инфекциями остается наиболее актуальной и трудноразрешимой для современной медицины, как в нашей стране, так и во всем мире.

Одним из основных видов внутрибольничной инфекций является хирургическая раневая инфекция (ХРИ) или инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ). В зависимости от профиля стационара и типа хирургической раны ИОХВ могут развиваться с частотой от 4 до 100 случаев на 100 операций (в среднем 10 на 100 – если меньше, значит имеется явный недоучет). Около 25% из них не предотвратимы. ИОХВ определяют до 40% послеоперационной летальности. До 80% приходится на эндогенные инфекции. [1]

Цель: Повысить эффективность лечения гнойно-септических заболеваний, вызванной микрофлорой внутрибольничного происхождения

Задачи:

1. Изучить частоту патологии вызванной внутрибольничной флорой.
2. Изучить видовую структуру посевов и чувствительность к антибиотикам.
3. Разработать алгоритм ведения пациентов гнойно-септической патологии вызванной внутрибольничной флорой

Материал и методы. Выполнено ретроспективное исследование микробного пейзажа гнойных ран пациентов 2 х/о 5 ГКБ за период с 1 января 2013 г по 1 января 2015 г.

Критерии включения:

1) наличие посева раневого отделяемого с КОЕ не менее 10^5 ;

2) нозокомиальный характер патологии согласно анамнеза;

3) наличие данных о антибиотикотерапии, назначенные в первые двое суток стационарного лечения.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов отделения гнойно-септической хирургии за 2013-2014 гг. диагноз предположительно внутрибольничной инфекции имели 47 человек, из них данные о посевах, соответствовавшие высокорезистентной нозокомиальной флоре были получены у 17 (мужчин – 9 (53%), женщин – 8 (43%)), медиана возраста пациентов составила - 50 лет. Распределение в зависимости от диагноза было следующим (рисунок 1):

лигатурный абсцесс/ свищ – у 29 % (5 пациентов), постинъекционный абсцесс – 47% (8 пациентов), пролежни – 18 % (3 пациента), инфицированная п/о рана - 6% (1 пациент).

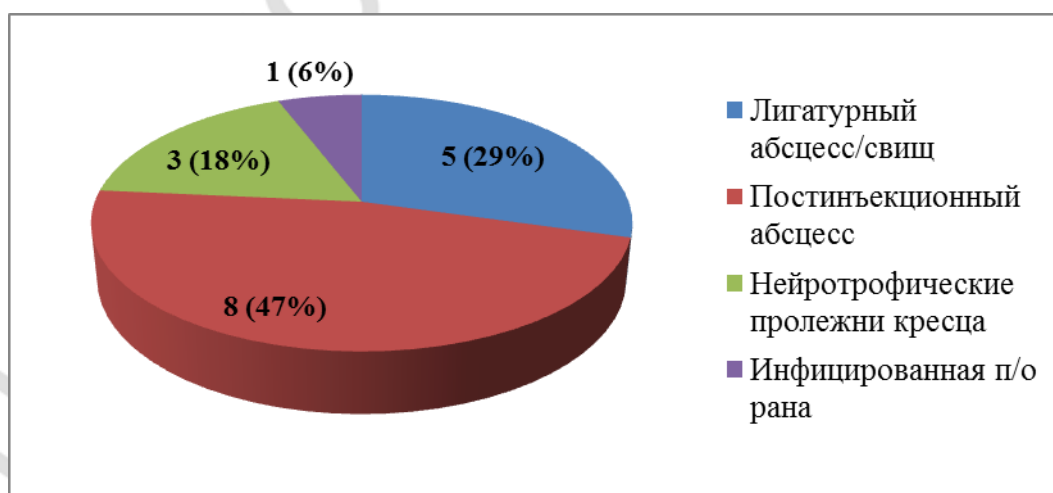


Рисунок 1 – Диагноз при поступлении (N =17)

Распределение высеянных штаммов показано на (рисунке 2), из него видно, что всего у пациентов было высеяно 7 различных микроорганизмов, наиболее часто выделялся *Staph. aureus* – 7 штаммов (39%) посевов, *E.coli* – 3 штамма составили 16%, *Pr.mirabilis*, *Staph.epidermidis*, *Ac.baumani* – по 2 штамма каждый (11%), *K.pneumoniae*, и *Ps. aeruginosa* – по 1 штамму составили (6%).

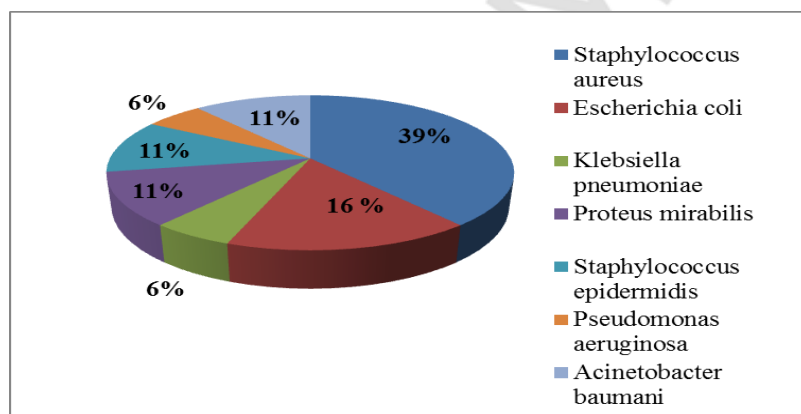


Рисунок 2 – Штаммы внутрибольничной флоры (N= 17)

В половине случаев стартовыми антибиотиками были цефазолин, оксациллин, пенициллин, ампициллин/сульбактам, цефтазидим, ципрофлоксацин, пиперациллин, ампициллин, цефтриаксон, цефепим, амикацин, доксициклин, к которым в ~50% случаев штаммы нозокомиального происхождения были резистентны.

Таблица 1. Характеристики высеянной флоры

	Staphylococcus aureus	Escherichia coli	Klebsiella pneumoniae	Proteus mirabilis	Staphylococcus epidermidis	Pseudomonas aeruginosa	Acinetobacter baumani
Доксициклин		S (1)		R (1)			R (1)
Ампициллин/ Сульбактам		R (2)	R (1)	R (1)		R (1)	S (1),R(1)
Цефтазидим		R (1)	R (1)				
Ципрофлоксацин	S (1),R(1)	R (3)	R (1)	R (2)		R (1)	R (2)
Цефазолин	R (7)				R (2)		
Оксациллин	R (7)				R (2)		
Пенициллин	R (5)				R (2)		
Пиперациллин		R (1)	R (1)				
Амикацин		S (2)	R (1)	R (1)		S (1)	S (1),R(1)
Ампициллин		R (1)		R (1)			
Цефтриаксон		R (1)		S (1)			
Цефепим		S (1), R(1)	R (1)	R (1)		R (1)	R (2)
Линезолид	S (4)				S (2)		
Гентамицин	S (6),R(1)	R (1)		S (1)	R (2)		
Ванкомицин	S (7)				S (2)		
Клиндамицин	S (4),R(1)						
Кларитромицин	S (4),R(3)				R (2)		
Имипенем		S (2)	S (1)	S (1)		R (1)	
Полимиксин Б		S (1),R(1)	R (1)	R (1)		S (1)	S (2)

Моксифлоксацин	S (5)				S (2)		
Пиперациллин/ Тазобактам		S (1)		S (1)		S (1)	R (2)

R – резистентный, S – чувствительный. Цифры в скобках – число тестированных штаммов

Выводы: Эмпирическая антибиотикотерапия в случае нозокомиальных инфекций должна корректироваться с учетом результатов мониторинга «входящих» случаев инфекции, т.к. назначение конвенциональных препаратов первой линии в половине случаев не соответствует антибиотикограмме.

K. V. Kurochkina

**RATIONALE FOR EMPIRICAL THERAPY OF PYOINFLAMMATORY
DISEASES IN PATIENTS WITH WOUND
MICROFLORA OF NOSOCOMIAL ORIGIN**

*Tutor Assistant S. A. Klimuk,
Department of General Surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Таранова, О. Л. Эпидемиологическая характеристика внутрибольничных инфекций: метод. рекомендации / О.Л. Таранова; А. М. Близнюк; Г. Н. Чистенко; Белорусский государственный медицинский университет. – Минск, 2010. – 65 с.