

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ УЗ «БРЕСТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

*Карпицкий А.С., Журбенко Г.А., Сабалевский И.В., Дедюшко Г.В.,
Талатынник А.С., Петровицкая Н.А.
УЗ «Брестская областная клиническая больница»*

ANALYSIS OF ANTIBIOTIC PREVENTION AND ANTIBIOTIC THERAPY IN THE THORACIC SURGERY OF THE BREST REGIONAL HOSPITAL

*Karpitski A.S., Zhurbenka H.A., Sabalevski I.V., Dedyushko G.V.,
Talatynnik A.S., Petravitskaya N.A.
Brest Regional Clinical Hospital*

Введение: Комбинированное хирургическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации и их осложнений является на сегодняшний день одной из наиболее сложных и актуальных проблем в современной хирургии и интенсивной терапии. Условиями адекватного лечения хирургической инфекции являются полноценная хирургическая обработка и санация очага хирургической инфекции, эффективная антибактериальная терапия и инфекционный контроль, как обязательные условия эффективного лечения. Антибиотики стали неотъемлемым и незаменимым компонентом в комплексной терапии бактериальных инфекций на всех уровнях оказания помощи пациентам хирургического профиля.

Однако, избыточное назначение антимикробных препаратов (АМП), удлинение курса антибиотикотерапии, старт с АМП широкого спектра действия и неадекватная эмпирическая стартовая антимикробная терапия (АМТ) с антибиотиков резерва, неправильное назначение комбинаций антибактериальных препаратов, неуклонно и стремительно приближает наступление эры тотальной антибиотикорезистентности. Самые неутешительные прогнозы предполагают мировую ежегодную смертность из-за антибиотикорезистентности к 2050 году до десяти миллионов — суммарно это больше, чем сейчас ежегодная смертность от онкологических заболеваний и сахарного диабета. Финансовые затраты к этому времени на лечение и реабилитацию обойдутся мировому сообществу в огромную сумму: до 3,5% от его общего ВВП или более 300 триллионов белорусских рублей. Уже в настоящее время выявлена прямая взаимосвязь между заболеваниями, вызванными устойчивыми к большинству антибиотиков бактериями, и увеличением уровня инвалидности и смертности. Несмотря на то, что мировое сообщество активно обсуждает на всех уровнях глобальную проблему антибиотикорезистентности, существуют реальные барьеры в решении этого чрезвычайно важного вопроса. В первую очередь необходимо

не только знать, но и понимать реальное отношение практикующих врачей к проблеме антибиотикорезистентности как на глобальном (национальном), так и на локальном (соматическое лечебное отделение) уровне.

Цель: Провести анализ антибиотикопрофилактики (АБП) и антимикробной терапии в условиях многопрофильного стационара на примере отделения торакальной хирургии УЗ «Брестская областная клиническая больница» за первые 3 месяца 2024 года.

Материалы и методы: В отделении торакальной хирургии на 35 койках за 1-й квартал 2024 года всего было пролечено 289 пациентов, 151 из которых были прооперированы. Им было выполнено 187 хирургических вмешательств. Хирургическая активность составила 52,4%. Периоперационная АБП была проведена 82 пациентам. АМТ получили 128 (44,2%) из 289 пациентов.

Всего для проведения АБП и АМТ отделением торакальной хирургии было затрачено: 1660 флаконов цефалоспоринового ряда, при этом 360 флаконов цефазолина и 500 цефтазидима. Из других бета-лактамов использовали: 82 флакона пиперациллин/тазобактама, 55 флаконов доринема и 40 – ампициллин/сульбактама. Кроме этого: 833 упаковки фторхинолонов, 430 ампулы аминогликозидов, 54 флакона противогрибковых препаратов, 45 гликопептидов, 26 тетрациклинов.

Результаты и обсуждение: Следует особо отметить, что периоперационную АБП цефазолином без последующей АМТ из 82 пациентов получили 52. Из них 45 пациентам проведены лапароскопические и торакоскопические вмешательства, а 7 пациентов получили АБП в связи с первичной хирургической обработкой (ПХО) и ревизией травматических ран. 30 пациентам из 82 потребовалось сочетание АБП с АМТ в послеоперационном периоде. Среди них 21 пациент были после видеоассистированных, торакоскопических или лапароскопических операций, 4 пациентам выполнены торакотомии, 2 – торакостомии, а также вентральная грыжа с пластикой сеткой, цервикотомия и гастростомия – по 1 пациенту.

Пациенты, получавшие АМТ (N=128) были разделены на 2 группы: I группа – 103 пациента, которые получали не более 2 АМП в сутки и II группа – 25 пациентов, которые получали 3 и более АМП в сутки. Из 103 пациентов I группы, получавших АМП 1-2 раза в сутки 68 пациентов были прооперированы, причём 32 в экстренном порядке. 24 пациента получили АБП. Среди операций основными было 21 дренирование плевральной полости, 35 торако- и лапароскопических вмешательств, 2 пациентам была сформирована трахеофиссура, 2 - удалён дивертикул Ценкера. По одной операции выполнены: тотальная медиастинотомия при газовом синдроме, торакофренолапаротомия, субтотальная резекция желудка при раке, бипекторальная торакомиопластика пациенту со стерномедиастинитом. Были также 2 ПХО ран и 6 эндоскопических восстановлений просвета трахеи при её рубцовом стенозе.

Доминирующей комбинацией АМП в I группе пациентов была цефалоспорин+фторхинолон. Чаще из фторхинолонов использовали цiproфлоксацин, как обладающий наибольшей антисинегнойной активностью среди фторхинолонов. В 16 случаях при риске анаэробной инфекции схему дополняли метронидазолом, в 9 случаях аминогликозидами, чаще амикацином. Противогрибковую терапию пациентам IV группы по риску развития антибиотикорезистентности и инвазивного кандидоза проводили флуконазолом 8 пациентам и вариконазолом в одном случае.

Из 25 пациентов II группы 18 были прооперированы. Им были выполнены следующие хирургические вмешательства: торакоскопические санационные вмешательства – 8 пациентов; резекция грудины при стернормедиастините – 3 пациента; лапароскопические фундодубликации – 2 пациента; лобэктомия по поводу рака лёгкого – 4 пациента; торакотомия по поводу лейомиомы пищевода – 1 пациент; СЛИВ резекция желудка – 1 пациент.

В этой группе все пациенты получали сочетание АМП из группы цефалоспоринов с фторхинолоном. 6 из 25 получили цефазолин в стандартной дозе в качестве АБП. У 15 пациентов в схему был добавлен амикацин, у 6 пациентов метронидазол. 6 пациентов получали ампициллин/сульбактам, 3 пиперациллин/тазобактама, 2 цефоперазон/сульбактам, 1 – дорипенем. Средняя длительность АМТ была от 5 до 14 дней.

Выводы: Оптимизация схем АМТ в хирургическом отделении – это:

1. Регулярный мониторинг и анализ проводимой в отделении АМП, АМТ и периоперационной АБП как эффективный инструмент выбора оптимальных схем использования АМП.
2. Постоянное повышение технического уровня выполняемых операций и максимальное внедрение в практику современных малоинвазивных технологий.
3. Неукоснительное соблюдение принципов Fast-track хирургии, как основного компонента реабилитации.
4. Обязательная коррекция нутритивного статуса пациента на фоне лечения гнойно-воспалительных заболеваний с применением АМП.
5. Максимально широкое внедрение в практику альтернативных методов лечения гнойных осложнений в хирургии, в частности ВАК-терапии.