

Роль микробиологического мониторинга в разработке схем эмпирической антибактериальной терапии тяжелых нозокомиальных инфекций

В.Н.Чернов, Н.П.Шевченко, О.Г.Ни

Ростовский государственный медицинский университет;

МУЗ ГБ №2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение, Ростов-на-

Цель исследования заключалась в анализе структуры возбудителей в отделении гнойной реанимации МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» и их чувствительности к антибиотикам и разработка схем эмпирической терапии тяжелых нозокомиальных инфекций.

Материалы и методы. Проводился анализ 405 результатов микробиологических исследований мочи, мокроты, смывов с бронхов, отделяемого раневой поверхности и содержимого брюшной полости, полученных от пациентов, находившихся на лечении в отделении гнойной реанимации в 2005 году.

Результаты. При анализе общей структуры возбудителей грамотрицательные составили 62% (*Paeruginosa* – 39%, *E.Coli* – 16%, *K.pneumoniae* – 12%), грамположительные – 36% (*E.faecalis* – 42%, коагуланегативные стафилококки – 38%, *S.aureus* – 8%), грибы 12%. Инфекции, вызванные грамотрицательной флорой, локализовались преимущественно в мочевыводящих путях (52%), нижних дыхательных путях (22%), инфекции, вызванные грамположительной флорой – в нижних дыхательных путях (52%), мочевыводящих путях (32%).

Paeruginosa была наиболее чувствительна к имипенему (55%) и цефтазидиму (54%), *E.coli* – к имипенему (100%), цефтазидиму (61%), амикацину (43%), ципрофлоксацину (42%). *K.pneumoniae* – к имипенему (100%), ципрофлоксацину (40%), амикацину (32%), цефтазидиму (19%). *S.aureus* был чувствителен к оксациллину в 83% случаев, к ципрофлоксацину – в 76%. *E.faecalis* был чувствителен к ампициллину в 35% случаев.

При анализе структуры возбудителей по локасам, выявлено, что основным возбудителем инфекций мочевыводящих путей являются бактерии семейства (всего 31%), причем из них 16% составляют множественно устойчивые штаммы кишечной палочки и клебсиеллы. 10% – синегнойной палочки, 20% – фекальный энтерококк и до 24 % грибы. Исходя из этого, адекватной схемой стартовой эмпирической терапии при инфекциях МВП можно считать комбинацию карбапенемов с ванкомицином, а у тяжелых больных с высоким риском развития кандидии необходимо добавлять флуконазол. В мокроте преобладающими возбудителями являются неферментирующие бактерии: синегнойная палочка и ацинетобактер (59%).