

Индивидуальный подбор фармакотерапии пациентам с послеоперационными бактериально-воспалительными осложнениями

П.М.Лукьянова, А.С.Федоренко

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Микробная контаминация операционной раны практически неизбежна даже при идеальном соблюдении правил асептики и антисептики. Частота развития послеоперационной раневой инфекции при абдоминальных операциях составляет 40% случаев от всех инфекционно-воспалительных осложнений. Причинами этого является не только микробная обсеменённость раны, прогрессирующий рост и размножение микроорганизмов, но и подавление защитных механизмов иммунной системы организма. Неадекватная антибактериальная терапия приводит к увеличению сроков госпитализации, стоимости стационарного лечения и показателей летальности. В выборе рациональной антибактериальной терапии имеет значение ранняя идентификация возбудителя. При выполнении стандартных бактериологических исследований идентификация возбудителя происходит только на 5-7 сутки.

Цель. Индивидуальный подбор фармакотерапии пациентам с послеоперационными бактериально-воспалительными осложнениями с учётом выявленного возбудителя и состояния иммунной системы.

Материалы и методы

1 – Ретроспективный анализ 800 медицинских карт пациентов, которые оценивали по частоте применения антибиотиков с целью антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии.

2 – Проспективный набор пациентов с послеоперационными бактериально-воспалительными осложнениями включал 64 человека: 35 с нагноением послеоперационной раны, 15 с вторичным перитонитом, 10 с внутрибольничной пневмонией, 4 с панкреонекрозом.

Всем пациентам проводилось бактериологическое (стандартный посев крови, микроскопия и посев лейкоцеллюлярной крови) и иммунологическое исследования крови. В иммунологическое исследование входило изучение клеточного, гуморального и неспецифического иммунитета.

При выявлении сниженного иммунного статуса пациента был назначен иммуномодулятор.

Результаты и их обсуждение

Данные ретроспективного анализа показали, что антибиотикопрофилактика

была проведена в 43,7% случаев, из них в 17,4% случаев отсутствовали показания к её назначению, в 71% случаев выполнена препаратами групп резерва (цефалоспорины 3,4 поколений, фторхинолоны), а в 23% случаев в середине или по окончании операции.

В 56,3% антибиотикопрофилактики проведено не было. Из них в 10,2% случаев она была необходима, у пациентов развились послеоперационные бактериально-воспалительные осложнения.

При антибиотикотерапии в 21,8% случаев выбор антибиотика, а в 31,2% случаев доза и кратность введения были неадекватны.

По данным проспективного набора при микроскопии лейкоцелля крови возбудитель был обнаружен в 100% случаев, при посеве лейкоцелля крови в 37%, а при прямом посеве крови лишь в 13%. Микроскопия лейкоцелля крови позволяла идентифицировать группу возбудителей.

У данных больных наиболее частыми возбудителями были *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Acinetobacter* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*,

Enterococcus faecalis. В зависимости от развившегося осложнения и вида возбудителя пациенту были подобраны антибактериальные препараты.

При исследовании иммунного статуса у пациентов выявлено снижение абсолютного количества лимфоцитов в периферической крови, Т-хелперов, Т-цитотоксичных, натуральных киллеров, индекса иммунологической реактивности, ЦИК, Ig М и G, фагоцитарной и микробицидной активности нейтрофилов.

У пациентов после назначения иммуномодулятора отмечались нормализация параметров иммунограммы и более быстрое заживление послеоперационной раны.

Вывод

Применение микроскопии и посева лейкоцелля крови позволяет ускорить идентификацию возбудителей (Гр+,Гр-, кокки, палочки) и начать адекватную антибактериальную терапию в более ранние сроки.