

**КРИТЕРИИ ВЫБОРА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ**

Шерова Зебо Норбобаевна

Научный руководитель: кафедра Клинической фармакологии Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан

Екубжанов Мохиржон Отабекович

Студент: лечебного факультета 523 группы

**Актуальность**

Согласно рекомендациям Surviving Sepsis Campaign (SSC), АБП следует вводить в течение 1-го ч после поступления в ОРИТ, отделение неотложной помощи. В свою очередь, центры Medicare & Medicaid Services рекомендуют вводить их в течение 3 ч, в некоторых мета-анализах до 4 ч с момента поступления.

Однако, учитывая реальные ограничения –организационные моменты, время на диагностику, сбор анамнеза и пр. – не всегда есть возможность начать АБТ в течение 1 ч. Отсутствует доказательная база об эффективности старта АБТ в 1-й ч по сравнению с более поздним ее назначением. Растет гипердиагностика сепсиса, рост потребления АБП, что вызывает значительное увеличение уровня антибиотикорезистентности, который достиг масштабов глобального кризиса. Гайдлайн SSC о начале АБТ в течение 1–го часа с момента постановки диагноза при сепсисе/СШ в ОРИТ устарел и нуждается в доказательной базе.

Сегодня нет единого мнения в правоте данного Гайдлайна SSC. В последних мета-анализах с большой выборкой ( $n=11\,017$ ,  $n=654$ ) авторы не нашли взаимосвязи между временем введения АБП и летальностью, но подчеркнули, что при возникновении нозокомиального сепсиса должны доминировать диагностика (микробиологическая), знание характера и уровня антибиотикорезистентности над временем старта АБТ. В других работах зафиксировано снижение летальности при сепсисе/СШ, связанных со *S. Aureus* при начале АБТ в течение 1-го ч от поступления в ОРИТ. Летальность повышалась в 1,3 (0,4–2,2) раза с каждым часом, если происходило запаздывание с АБТ.

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики и схем патогенетической интенсивной терапии хирургического сепсиса у детей на основе клинико-лабораторных критериев и бактериологического мониторинга.

## Материал и методы

Для определения предикторов сепсиса у хирургических пациентов были изучены клинические (среднее артериальное давление (АДср), частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхания (ЧД), сатурация и т.д.) и лабораторные показатели в 1-2-е сутки (до 48 ч) идентификации сепсиса, 4 и 8 сутки интенсивной терапии. Иммунофлуоресцентным методом определяли прокальцитонин на анализаторе «Triage® MeterPro» (Biosite Diagnostics, США). Анализ газов и электролитов крови проводили на анализаторе «Stat Profile CCX» (Nova Biomedical, США). Изучены более 15 параметров. Прокальцитонин и СРБ способствовали: Ранняя диагностика инфицированных детей, Существенное уменьшение воздействия антибиотика, Улучшение клинического обследования и ведения ИТ.

## Результаты

Многокомпонентная интенсивная терапия сепсиса включала в себя рациональную АБТ на основе микробиологического мониторинга, респираторную поддержку (при необходимости ИВЛ), коррекцию водно-электролитных и гемодинамических нарушений, инотропную, нутритивную и иммунозаместительную поддержку. Респираторная поддержка, ИВЛ (36,9%) проводилась в режиме с управляемым давлением (РС) с переходом к режимам вспомогательной вентиляции. Мониторинг газообмена проводился на основании КОС и газов крови, SpO<sub>2</sub> 90–95 %. Нутритивная поддержка проводилась в 75,3 % случаях, и выбор метода зависел от степени выраженности питательного статуса и нарушения функции ЖКТ. Детоксикация – плазмаферез, гемодиафильтрация в 21,8% случаях. ВВИГ применяли с 4-го дня болезни (Биовен 0,4 г/(кг·сут) Внутривенный иммуноглобулин вводили 5 дней на фоне комплексной патогенетической ИТ.

Синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма занимает ведущую роль в патогенезе сепсиса и органной дисфункции с развитием выраженной БЭН, нарушением питательного статуса, а также растущей толерантностью организма к «обычным» нутриентам. Развиваются тяжелые нарушения метаболизма, которые запускают развитие СПОН. Анализ изменений бактериологического пейзажа показал, что среди изученных изолятов доля грамотрицательной микрофлоры остается стабильно высокой. Грибы *Candida* высеяны в 12,5% случаях и входили в состав полимикробной флоры. В целом, представители Гр- флоры (*Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Kl.Pneumonia*) явились основными возбудителями сепсиса в 41,6% случаев, Гр<sup>+</sup> (*St.Aureus et epidermidis*, *Enterococcus*, *Pneumococcus*) – в 30,6%, полимикробной – в 27,8%.

**Выходы**

1. Погибли крайне тяжелые пациенты (13,8%) с распространенным каловым перитонитом, тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой + комой с необратимыми неврологическими нарушениями, уросепсисом + хронической почечной недостаточностью, после неоднократных хирургических вмешательств выживаемость - 86,1%.
2. Результаты собственных исследований подтвердили, что ранняя диагностика сепсиса, рациональная ранняя АБТ под контролем микробиологического мониторинга, ранняя санация очага инфекции, неагgressивная ИТ с ранним назначением вазопрессоров (СШ) способствуют улучшению исходов и снижению летальности

