

механизмов действия отдельных компонентов растительного отвара и масла как на микроорганизмы, так и их взаимодействие отдельных компонентов между собой.

**Выводы.** Современные стратегии в разработке и применении новых антимикробных веществ в отношении бактерий, устойчивых к антибиотикам, включают использование растительных эфирных масел и экстрактов. В связи с чем полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения отвара коры ольхи и масла чайного дерева как вероятной альтернативы антибиотикам или как возможных составляющих компонентов антимикробных препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маркелова, Н. Н. Влияние эфирных масел на микроорганизмы различной таксономической принадлежности в сравнении с современными антибиотиками. Сообщение I. Действие розового эфирного масла и антибиотических субстанций на некоторые грамотрицательные бактерии / Н. Н. Маркелова, Е. Ф. Семенова, А. И. Шпичка, Е. В. Жученко // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Естественные науки. – 2014. – № 3 (7). – С. 39–48.

2. Chouhan, S. Antimicrobial Activity of Some Essential Oils—Present Status and Future Perspectives / Sonam Chouhan, Kanika Sharma, and Sanjay Guleria // Medicines (Basel). - 2017. - Sep; 4(3): 58.

3. Ginsburg, H. A call for using natural compounds in the development of new antimalarial treatments – an introduction / Ginsburg H, Deharo E. // Malar. J. – 2011. - V.10(Suppl. 1):S1.

4. Savoia, D. Plant-derived antimicrobial compounds: alternatives to antibiotics / D. Savoia // Future Microbiol. – 2012. - 7(8). – P. 979-990.

5. Shahid, M. Plant natural products as a potential source for antibacterial agents: recent trends / Shahid M., Shahzad A., Sobia F. et al. // Anti-Infective Agents Med. Chem. – 2009. – 8. – P. 211–22

#### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТОВ У ПАЦИЕНТОВ НА ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

*Бушма К.М.<sup>1</sup>, Кречко К.Ю.<sup>1</sup>, Можджер В.В.<sup>1</sup>, Невгень И.Н.<sup>2</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Учреждение здравоохранения "Гродненская областная клиническая больница"<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Лечение хронической почечной недостаточности стоит в ряду актуальных задач нынешнего здравоохранения, так как наблюдается значительный прирост пациентов с хронической болезнью почек, а в связи с этим

нарастание дефицита развёрнутых диализных мест. Перитонеальный диализ имеет преимущество, так как может проводиться амбулаторно, что уменьшает нагрузку на диализные центры и улучшает качество жизни пациентов. Также, в подавляющем большинстве случаев, он значительно лучше переносится пациентами, нежели гемодиализ. Однако перитонеальный диализ имеет ограничения и осложнения, непосредственно связанные с его методикой, так как установленный в брюшной полости катетер является открытыми воротами для инфекции. У пациентов, находящихся на этом типе лечения, развитие диализного перитонита связано не только с угрозой жизни, но и с опасностью потери функциональных свойств брюшины и необходимостью прекращения программного перитонеального диализа. К числу актуальных проблем лечения диализных перитонитов относится высокий уровень антибиотикорезистентности, формирующийся у данной категории пациентов в ходе повторных курсов терапии [1].

**Цель.** Изучить особенности течения и медикаментозной терапии перитонитов у пациентов, получающих хронический перитонеальный диализ.

**Методы исследования.** В исследовании приняли участие 17 пациентов, получавших перитонеальный диализ на базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» с января 2018 года по сентябрь 2018 года. Источником информации служили медицинские карты амбулаторных больных.

**Результаты и их обсуждение.** Общее число пациентов, находившихся на перитонеальном диализе в указанный период времени, составило 17 человек, из которых 12 (71%) женщин и 5 (29%) мужчин. Диагноз перитонит был выставлен 7 (41,2%) пациентам, все они являлись лицами женского пола, у которых в 100% случаев перитонеальному диализу предшествовал программный гемодиализ. Средний возраст пациентов, находившихся на перитонеальном диализе, составил 53,4 года. Средний возраст пациентов, перенесших перитонит – 59 лет. Средняя продолжительность лечения пациентов в стационаре составила 14,8 койко-дней. Из 7 пациентов, перенесших перитонит, 4 (57%) болели однократно, 1 (14%) – двукратно и 2 (29%) – трёхкратно. Средняя длительность программного гемодиализа, который предшествовал перитонеальному, составила 2 года 8 месяцев. Средний показатель лейкоцитоза крови был равен  $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , максимальное значение  $19,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , минимальное –  $3,47 \cdot 10^9/\text{л}$ . Среднее значение цитоза перитонеальной жидкости на момент поступления составляло 2000/л. Из 12 случаев перитонита за год в 8 было выполнено микробиологическое исследование диализата. В 2 из 8 случаев посева роста не дали, а в 6 из 8 были обнаружены следующие микроорганизмы: *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Streptococcus sanguinis*, *Staphylococcus aureus*. При исследовании микроорганизмов выявлена чувствительность к ванкомицину, тейкопланину, линезолиду, колистину, тигециклину, тетрациклину, клиндамицину, эритромицину, гентамицину, амикацину, тобрамицину, фосфомицину, нитрофурантоину, рифампицину, триметопримсульфаметаксазолу,

фузидиевой кислоте, эртапенему, имипенему, ципрофлоксацину, кларитромицину, левофлоксацину, моксифлоксацину, цефатоксиму, цефтриаксону, пиперациллинтазобактаму, бензилпенициллину, оксациллину. Лечение в условиях стационара производили следующими лекарственными средствами: ванкомицин – в 8 (25,81%) случаях, ципрофлоксацин – 2 (6,45%), норфлоксацин – 1 (3,2%), меропенем – 1 (3,2%), моксифлоксацин – 6 (19,35%), левофлоксацин – 4 (12,9%), цефтриаксон – 6 (19,35%), линезолид – 2 (6,45%), цефотаксим – 1 (3,2%).

#### **Выводы.**

1. В наибольшей степени подвержены диализному перитониту люди старших возрастных групп. Средний возраст пациентов с установленным диагнозом перитонит составил 59 лет. Вероятно, это связано с характерным для них ослаблением иммунитета.

2. Лица женского пола болеют перитонитом чаще. Причиной этому могут быть особенности анатомии органов малого таза женщин (более прямой, широкий и короткий мочеиспускательный канал, прямой контакт брюшной полости с внешней средой через маточные трубы и т.п.). Этот факт стоит учитывать при индивидуальном выборе конкретного метода лечения хронической почечной недостаточности.

3. Программный гемодиализ, предшествующий перитонеальному, может являться предиктором развития диализного перитонита. Этот факт также стоит принимать во внимание на начальных этапах планирования лечения у пациентов данной категории.

4. Диализный перитонит обладает склонностью к рецидивирующему течению, и именно при повторном его развитии, очевидно, происходит формирование антибиотикорезистентности.

5. Большая часть (75%) диализных перитонитов была вызвана грам-положительной микрофлорой (стафило- и стрептококки). В подавляющем большинстве случаев источником инфицирования этими микроорганизмами являются кожные покровы пациентов. Это подчеркивает актуальность строгого соблюдения правил асептики и антисептики пациентами и персоналом медучреждений при смене раствора и контактах с катетером. В 25% случаев обнаруживалась грам-отрицательная флора, имеющая эндогенное происхождение (кишечная палочка). В этой связи стоит отметить, что антибиотики для эмпирической терапии диализных перитонитов должны покрывать как грам-положительный, так и грам-отрицательный спектр до выявления возбудителя и назначения целенаправленной терапии с учетом риска антибиотикорезистентности (первичный перитонит либо рецидив). Необходимо использовать оптимальные дозы антибактериальных лекарственных средств с учётом имеющейся хронической болезни почек и клиренса креатинина.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Рябов, С.И. Почечная недостаточность / С.И. Рябов // Нефрология: руководство для врачей : в 2 т. / С.И. Рябов. – СпецЛит, 2011. – Т.2. – С.125–167.