

антибактериальных препаратов является возможность быстрого начала терапии. Кроме того, при таком подходе исключаются затраты на проведение дополнительных исследований. Однако при неэффективности проводимой терапии антибиотиками, при нозокомиальных инфекциях, когда затруднительно предположить возбудителя и его чувствительность к антибиотикам, стремятся проводить этиотропную терапию. Этиотропное назначение антибактериальных препаратов предполагает не только выделение возбудителя инфекции из клинического материала, но и определение его чувствительности к антибиотикам (1).

**Целью** данного исследования является определение состава микробной флоры и чувствительности возбудителя инфекции к различным антибактериальным препаратам у больных деструктивным аппендицитом, осложненным местным перитонитом.

Нами изучены данные исследования состава микробной флоры и чувствительности ее к антибиотикам у 10 пациентов, оперированных по поводу деструктивного аппендицита, осложненного местным перитонитом, в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в сентябре – декабре 2013 г. Возраст пациентов колебался от 31 до 84 лет. Женщин было 8 (80,0%), мужчин – 2 (20,0%) чел. У всех пациентов наблюдался деструктивный аппендицит с наличием мутного выпота в периаппендикулярном пространстве, в правой подвздошной ямке и тазу. Количество выпота было разным – от 50 до 150 мл. Забор экссудат из брюшной полости для исследования производили во время операции. Признаками перитонита, помимо наличия выпота в брюшной полости, были гиперемия париетальной и висцеральной брюшины в зоне аппендикса. Микробиологические исследования экссудата из брюшной полости у пациентов с деструктивным аппендицитом показали, что наиболее частой микробной флорой у них явились грамотрицательные палочки семейства Enterobacteriaceae, чувствительные ко многим антибиотикам. При этом минимальная ингибирующая концентрация антибиотика отмечена в группе карбапенемов и фторхинолонов. У одного пациента, 57 лет, с прободным гангренозным аппендицитом, был высеян *Pseudomonas aeruginosa*, чувствительный только к антибактериальным препаратам группы аминогликозидов.

У всех пациентов антибактериальная терапия, назначенная в день операции, состояла из 2-х антибиотиков, как правило, это были антибактериальные препараты из цефалоспоринового ряда и аминогликозиды. Все пациенты выздоровели, нагноения ран не наблюдались. Средний койко-день составил 9,6.

Выводы. Таким образом, назначенная антибактериальная терапия с учетом полученных данных, была рациональной. Микробная флора пациентов с деструктивным аппендицитом оказалась чувствительной к назначенным антибиотикам.

#### *Литература:*

1. Гаврилик, Б.Л. Выбор рациональной антибактериальной терапии при билиарных перитонитах / Б.Л. Гаврилик, С.М. Смотрин // Актуальные вопросы гепатологии. – Минск, 2009. – С. 20-21.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

***Германович С.А.***

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гаврилик Б.Л.

Лечение гнойных процессов брюшной полости, в частности перитонита, с учетом возникновения антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов остается весьма актуальным (1).

**Целью** нашего исследования является изучение состава микробной флоры и чувствительность ее к различным антибактериальным препаратам у пациентов с деструктивными формами холецистита и панкреатита, осложненными перитонитом.

Нами у 69 пациентов с деструктивным холециститом и панкреатитом, осложненным перитонитом, находящихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г.Гродно в 2008-2012 гг. изучены результаты микробиологических исследований экссудата из брюшной полости с целью выбора рациональной антибактериальной терапии. Возраст пациентов колебался от 22 до 86 лет. Женщин было 36 (52,2%), мужчин - 33 (47,8%) чел. Пациентов с деструктивным холециститом было 40 чел., деструктивным панкреатитом - 29. Микробиологические исследования экссудата из брюшной полости у пациентов с деструктивным холециститом показали, что наиболее частой микробной флорой у них явились грамотрицательные палочки семейства Enterobacteriaceae, реже встречались грамположительные кокки - Streptococcus, Staphylococcus. У пациентов с деструктивным панкреатитом основной микробной флорой в выпоте из брюшной полости являлись грамотрицательные палочки, Pseudomonas aeruginosa, обладающие высокой степенью антибиотикорезистентности. У 3-х пациентов с панкреонекрозом указанные микроорганизмы оказались устойчивыми ко всем антибактериальным препаратам, включая и группу карбапенемов, за исключением антибиотика полимиксина. У одного пациента с деструктивным панкреатитом и перитонитом в отделяемом из брюшной полости получен Acinobacter, чувствительный только к ампициллину и колистину. В единичных случаях у пациентов с панкреонекрозом встречалась кокковая флора, отличающаяся также выраженной антибиотикорезистентностью. В свою очередь, микробная флора, выявленная в экссудате из брюшной полости пациентов с деструктивным холециститом, в большинстве случаев чувствительна к основным группам антибактериальных препаратов: карбапенемам, фторхинолонам, цефалоспорином III поколения, полимиксинам. Однако следует подчеркнуть, что последняя группа антибиотиков обладает выраженным нефротоксическим и нейротоксическим действием. С первого дня лечения всем пациентам назначался стандартный набор антибактериальных средств, включающий карбапенемы, цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, метронидазол и др. в количестве трех препаратов из разных групп, совместимых по действию. В последующем антибактериальная терапия проводилась индивидуально с учетом чувствительности высеванной микрофлоры к антибиотикам. В группе пациентов с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом, умер один пациент. Летальность составила 2,5%. В группе пациентов с деструктивным панкреатитом умерли 11 (37,9%) человек.

Таким образом, выявленные различные возбудители из экссудата брюшной полости пациентов с деструктивными формами холецистита и панкреатита, обладают выраженной антибиотикорезистентностью. Поэтому применение стартовой комбинации антибиотиков: карбапенемов, фторхинолонов, цефалоспоринов и др. носит эмпирический характер и возможно на начальном этапе проводимого лечения. В последующем необходим индивидуальный подбор антибактериальных препаратов с учетом чувствительности к ним микробной флоры и имеющих побочных эффектов.

#### *Литература:*

1. Переяслов, А.А. Антибактериальная терапия больных с острой абдоминальной патологией/ А.А. Переяслов, Т.М. Иванкив// Медицинские новости. – 2008.-№7.-С.77-78.