

(57%) человек. Женщин - 17 (43%). Скорой помощью доставлены 37 (84%) пострадавших, 7 (16%) больных обратились самостоятельно или доставлены попутным транспортом (вблизи города пролегает республиканская автомагистраль Астана- Павлодар). В 11 (25%) случаях пострадавшие находились в состоянии умеренного или тяжелого алкогольного опьянения. 4 (1%) больных злоупотребляли алкоголем последние 2 суток, что потребовало дополнительной инфузионной, детоксикационной, гепатотропной и другой терапии. У 7 (15,9%) пациентов травма конечностей осложнилась травматическим шоком 1-2 степени и постгеморрагической анемией. Сочетанные травмы имели место у 7 (15,9%) пострадавших: травма таза, головы и грудной клетки. Травмы конечностей распределились следующим образом: перелом бедра – 20 (45,4%), костей голени – 11 (25%), плечевой кости – 5 (11,4%), костей предплечья – 8 (18,2%).

Шесть больных (13,6%) первоначально госпитализированы в реанимационное отделение, где находились в течении 2-5 суток. В 11 случаях (25%) в лечении больных использовалось переливание компонентов крови: эритроцитарная масса, фильтрованная эритроцитарная взвесь, свежезамороженная плазма.

Результаты и обсуждение. Предоперационный период колебался от 5 до 10 дней, продолжительность которого зависела от тяжести травмы, присутствия шока или анемии, возраста, сопутствующих заболеваний. Всем больным проводился блокирующий остеосинтез, являющийся наиболее эффективным способом стабилизации и удержания костных фрагментов (2), отличающийся своей малотравматичностью, незначительной интраоперационной кровопотерей, возможностью использования на фоне поврежденных кожных покровов в области травмы.

В рассматриваемой группе больных операции носили экстренно-отсроченный характер, после устранения

шока, возмещения кровопотери, устранения алкогольной интоксикации, компенсации сопутствующих заболеваний, создания удовлетворительной гемодилиции у пожилых и тучных пациентов, выбор анестезии был регионарный. При операциях на бедре применялась спинальная анестезия лидокаином в дозе 400-600 мг. При прогнозируемой длительности оперативного вмешательства более 3 часов, использовалась пролонгированная эпидуральная анестезия с катетеризацией эпидурального пространства.

При операциях на верхней конечности использовалась блокада плечевого сплетения в модификации Соколовского. Продолжительность операции колебалась от 60 до 200 минут. В 13 (29,5%) случаях регионарная анестезия сочеталась с внутривенным наркозом: дробное введение пропофола 200мг, кетамина 100-400мг. Во всех случаях указанная анестезия была достаточной. После оперативного вмешательства, восстановления сознания пациенты переводились в травматологическое отделение.

Выводы: Регионарная анестезия у больных с травмами конечностей, осложненными шоком, постгеморрагической анемией, разных возрастных групп, включая пожилых лиц, сопутствующей патологией является методом рационального выбора, при условии отсроченности оперативного вмешательства, компенсированной кровопотери, устранения гиповолемии.

Литература:

1. S.J. Barcer. Anesthesia for trauma // Revista Mexicana de anesthesiologia. - Conferencias magistrales.- Vol. 28. Supl. 1 2005.- P.70-75.

2. Черныш В.Ю. Закрытые диафизарные переломы бедренной кости: функциональные результаты и осложнения при различных методах лечения // Травма.- 2000-Т.1.-№2.-С.166-171

УДК 616-00.3+615.33

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ХИРУРГИИ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукинов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Проведенные исследования и анализ полученных результатов показал, что использование антибактериальных препаратов в гнойной хирургии представляет некоторые трудности, обусловленные изменением видового состава и свойств возбудителей.

Тұжырым

ІРІНДІ ҚАБЫНУ ЖАҒДАЙЛАРДЫ ХИРУРГИЯДА АНТИБИОТИКТЕРМЕН ЕМДЕУДІҢ КЕЙБІР СҰРАҚТАРЫ
Өткізілген зерттеулермен олардан алынған нәтижелердің анализі іріңді хирургияда антибактериальды препараттарды қолдану қоздырғыштардың қасиеттерімен олардың түрдік құрамының өзгеруіне байланысты кейбір қиыншылықтарды тудыратынын көрсетті.

Summary

THE SOME QUESTIONS OF ANTIBACTERIAL THERAPY THE ROTTEN – INFLAMMATORY DISEASES IN SURGERY
The researches and analysis our results shown, that application antibiotics in surgery have some difficulties because the types and erty of microorganisms should be changed.

Проведенные исследования и анализ полученных результатов показал, что использование антибактериальных препаратов в гнойной хирургии представляет некоторые трудности, обусловленные изменением видового состава и свойств возбудителей. Необходимо отметить, что среди возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний основное место заняли условно-патогенные микроорганизмы - неспорообразующие (неклостридиальные) анаэробы (преимущественно бактероиды ($26,7 \pm 2,3\%$), отличавшихся, вероятней всего, *природной устойчивостью* к большому числу использованных антибиотиков). Отмечается при возникновении гнойно-воспалительных процессов золотистый стафилококк – $21,3 \pm 1,8\%$, *E. Coli* – $18,6 \pm 2,1\%$ протей – $4,1 \pm 1,2\%$, *Ps. aeruginosa* – $2,8 \pm 0,3\%$, клебсиелла – $8,3 \pm 1,1\%$, энтерококки – $10,1 \pm 1,9\%$. Небольшой процент составили гнойно-хирургические инфекции, вызванные смешанной аэробной и анаэробной флорой – $1,3 \pm 0,02\%$.

В исследуемых годах (1998 – 2009) зафиксирована лекарственная устойчивость микроорганизмов, которая наиболее выражена к антибиотикам первого поколения (бензилпенициллин, стрептомицин, левомецетин, тетрациклин ($69,4 \pm 2,1\%$ по отношению к общей резистентности). Это касается в первую очередь - из грамположительных: *St. aureus*, из грамотрицательных: (*E. Coli*, протей, *Ps. Aeruginosa*), которые приобрели высокую степень антибиотикорезистентности, возможно, мутагенного действия.

При расчете препаратов выбора с учетом всех полученных данных получилась следующая схема.

При гнойно-воспалительных заболеваниях, вызванных анаэробной неспорообразующей флорой или смешанной аэробной и анаэробной инфекцией рекомендуется лечение группой макролидов (эритромицин) – $67,7 \pm 4,8\%$, линкомицином – $59,6 \pm 4,4\%$. Более эффективны данные препараты будут в комбинации с аминогликозидами второго или третьего поколения.

При инфекциях, вызванных протеем, наиболее активными оказывается сочетанное применение карбенициллина и аминогликозидов – $83,1 \pm 6,6\%$.

При лечении гнойно-воспалительных хирургических заболеваний, вызванных смешанной инфекцией, наиболее эффективны сочетания полусинтетических пенициллинов, аминогликозидов и метронидазола ($70,5 \pm 5,0\%$).

Высокой эффективностью в отношении неспорообразующих анаэробов обладает метронидазол (трихопол) – $81,7 \pm 6,3\%$.

Наилучшими комбинациями антибактериальных препаратов в отношении воздействия на те или иные возбудители гнойной инфекции являются следующие:

золотистый стафилококк – метициллин + гентамицин – $68,3 \pm 3,7\%$;

протей – ампициллин + канамицин ($55,2 \pm 2,9\%$); ампициллин + гентамицин ($59,6 \pm 3,0\%$); цефамандол + гентамицин ($71,4 \pm 4,6\%$);

Ps. aeruginosa – карбенициллин + гентамицин ($79,4 \pm 3,7\%$); карбенициллин + канамицин ($68,3 \pm 3,1\%$);

клебсиелла – цефалоспорины (I или II поколения) + канамицин ($72,1 \pm 4,2\%$);

энтерококк – цефалоспорины + тобрамицин, пенициллин + гентамицин; пенициллин + канамицин; ампициллин + гентамицин (в среднем $77,4 \pm 5,4\%$).

Расчеты препаратов альтернативы и резерва показали следующие очень интересные результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что помимо бактероидов, основным возбудителем гнойно-

воспалительных процессов является стафилококк, который имел высокую антибиотикорезистентность к «старым» препаратам - бензилпенициллину, ампициллину, карбенициллину, стрептомицину, тетрациклину. При исследованиях на чувствительность данные антибактериальные препараты практически в 100% не оказывали антимикробного действия. Поэтому в качестве альтернативы и резерва рекомендуется использовать некоторые препараты, обладающие мощной противостафилококковой активностью. К таким антибактериальным лекарственным средствам, относятся полусинтетические аминогликозиды, цефалоспорины второго, третьего и четвертого поколений, ванкомицин, линкомицин и фузидин. Зарегистрирован 100% результат. Кроме того, очень интересно, что большим процентом активности отметились нитрофурановые препараты (фурагин, фуразолидон – $87,1 \pm 3,7\%$).

При стафилококковой инфекции мягких тканей оказались эффективны метициллин, оксациллин ($63,2 \pm 4,3\%$), ристомицин ($28,3 \pm 1,0\%$); при смешанной инфекции с анаэробами в альтернативе и резерве наиболее активны новые аминогликозиды, сочетания цефалоспоринов или аминогликозидов с сульфаниламидами пролонгированного действия и нитрофуранами.

Кроме того, высокой антибактериальной активностью в отношении устойчивых к пенициллину, тетрациклину, стрептомицину и другим препаратам штаммов стафилококков обладал эритромицин ($81,6 \pm 3,7\%$). Эффективность его повышалась при сочетании с тетрациклином, олеандомицином, тобрамицином. Однако необходимо помнить, что в клинической практике к макролидам развивается быстрая устойчивость стафилококка, поэтому показаниями для применения этого препарата должны служить тяжелые случаи заболевания с устойчивой к другим возбудителям микрофлорой.

Альтернативными и резервными препаратами антибактериальной терапии гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных неспорообразующими анаэробами, оказались стандартные во всем мире препараты. Грамположительные и грамотрицательные анаэробные кокки высокочувствительны к большинству антибактериальных препаратов, кроме стрептомицина*, ванкомицина*, левомецетина*, тетрациклина*, а грамотрицательные бактерии являлись устойчивыми к большинству антибактериальных препаратов. В связи с этим при инфекциях, вызванных анаэробными кокками, рекомендуется назначать в качестве альтернативы и резерва бензилпенициллин и полусинтетические пенициллины, макролиды, линкомицин. Грамотрицательные анаэробные бактерии чувствительны к пенициллинам – азлоциллину и мезлоциллину. Эффективными препаратами в отношении анаэробной инфекции являлись также клиндамицин, цефотаксим, метронидазол, цефокситин.

Литература:

1. Blouin P.F. Farmacokinetics of some antibiotics after using with other drugs.// J.antimicrob.Chemother.-2005.-v.7.- P. 167-178.
2. Welling G. Antibiotics in practic every day.- Depper.-2007.- New-lork.
3. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig / Wiesbaden, 2006
4. Lambert H.P., O' Grady F.W. Antibiotics and Chemotherapy. Edinburg etc., 2004
5. Клиническая микробиология. – Под редакцией В.И. Покровского. – ГЭОТАР Медицина, - Москва, 1999.