

зы на рубеже веков". Тезисы докладов.- Москва, 2000. С.82-83.

6. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. - Санкт-Петербург, 2008. - 142 с.

7. Портной Л.М., Араблинский А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Ц 1999. - № 4. Ц С.99-105.

8. Сакович М.Н. Диагностика и лечение хронических болезней поджелудочной железы. Ц Минск, 1999. 152 с.

9. Beger H.G., Buchler M., Ditschuneit H., Malfertheimer P. Chronic pancreatitis. - Berlin-Heidelberg-New York, 2004.-574 s.

10. Byrne R.L., Gompertz R.H., Venables C.W. Surgery for chronic pancreatitis: a review of 12 years experience// Ann. R. Coll. Surg. Engl. Ц 2006. ЦVol. 6. Ц B. 405-409.

11. Gerolami R., Giovannini M., Laugier R. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts guided by endosonography// Endoscopy. Ц 1997. - Vol. 2. Ц B. 106-108.

УДК 616.24-002+577.18-08-004.057

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТАРТОВОЙ И ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей

Резюме

При развитии госпитальной пневмонии в отделении общего профиля, в качестве стартовой антибактериальной терапии, рекомендуется назначение цефтриаксона в/в путем введения или ципрофлоксацина в/в путем введения.

Summary

The recommendations for start and empirical antibioticotherapy by hospital pneumonia in common department

The development hospital pneumonia in therapeutically department. in quality for start antibacterial therapy, recommended application ceftriaxon intra venus or ciprofloxacin intra venus.

Тұжырым

Госпитальды пневмонияны терапиялық бөлімдерде емдегенде берілетін бастапқы және эмпириалық антибактериальды еленің ұсыныстары

Жалпы профильды бөлімде госпитальды пневмония дамыған кезде бастапқы антибактериальды ем ретінде цефтриаксонды көк тамыр арқылы немесе цмпрофлоксацинді көк тамыр арқылы.

Одной из самых сложных и до конца не изученных форм пневмонии является нозокомиальная (внутрибольничная или госпитальная) пневмония, к которой относится заболевание, развивающееся не ранее, чем через 48 часов после поступления больного в стационар. Достаточно высокая смертность при данной нозологии, возрастающая с каждым годом, должна увеличить настороженность в отношении этой важной проблемы.

Целью проведенного исследования служило изучение эпидемиологии госпитальной пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препара-

тов и создание рекомендаций стартовой и эмпирической антибиотикотерапии в терапевтическом отделении.

Материалы и методы исследования.

Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающих госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме. Для исследования отбирались те больные, у которых пневмония развилась уже на стадии стационарного лечения (n=153).

При исследовании больных с нозокомиальной пневмонией в терапевтическом отделении были определены сопутствующие патологии больных (таблица 1).

Таблица 1. Больные с госпитальной пневмонией в отделении общего профиля.

Нозология	Количество больных
ИБС, ХСН II- III	48 (31,3%)
Хронический бронхит в ст. обострения, с проявлениями ДН	74 (48,3%)
Патология ЖКТ (язва, холецистит, гастрит) в обострении	24 (15,6%)
Хр. Пиелонефрит в обострении	7 (4,5%)
ВСЕГО	153 (100%)

Для идентификации возбудителя использовались стандартные методы посевов на диффузные среды, окрас по грамму и микроскопия посевов крови, мокроты, транстрахеальных аспиратов, трансторакальных аспиратов, в ряде случаев проводилась бронхоскопическая биопсия (при невозможности другими способами получить материал для бактериологического исследования).

Чувствительность антибактериальных препаратов проводилась с помощью стандартных дисков. Испол-

зовались две модификации метода – последовательные разведения на жидкой и на плотной питательных средах, а также метод диффузии в агар (метод дисков).

Результаты исследования.

При исследовании возбудителей, вызвавших нозокомиальную пневмонию в отделении общего профиля, были установлены следующие микроорганизмы (таблица 2).

Таблица 2. Возбудители, вызвавшие госпитальную пневмонию в отделении общего профиля.

Диагноз	К-во	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.
ИБС, ХСН _{II-III}	48 (31,3%)	14 (29,1%)	17 (35,4%)	7 (14,5%)	10 (20,8%)	-
Хр. Бронхит	74 (48,3%)	29 (39,1%)	11 (14,8%)	22 (29,7%)	7 (9,4%)	5 (6,7%)
Патология ЖКТ	24 (15,6%)	13 (54,1%)	3 (12,5%)	-	3 (4%)	5 (20,8%)
Хр. Пиелонеф.	7 (4,5%)	-	4 (57,1%)	3 (42,8%)	-	-
ВСЕГО	153 (100%)	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)

S.p. - Streptococcus pneumoniae; H.i. - Haemophilus influenzae; St.aureus - Staphylococcus aureus; Kl.p. - Klebsiella pneumoniae; P.a. - Pseudomonas aeruginosae.

Таким образом, установлено, что наиболее частым возбудителем нозокомиальной пневмонии в отделении общего профиля является Streptococcus pneumoniae, затем Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosae.

Однако необходимо отметить, что в зависимости от нозологии, существует некоторое отличие от возбудителя, вызвавшего госпитальную пневмонию в отделении общего профиля. Так, например, при ИБС, наиболее

часто встречается Haemophilus influenzae (35,4%), а при хроническом бронхите - Streptococcus pneumoniae (39,1%). При заболеваниях, связанных с нарушениями ЖКТ, ведущим микроорганизмом, вызвавшим госпитальную пневмонию, также являлся Streptococcus pneumoniae (54,1%). Обращают на себя внимание летальность, причиной которой служила госпитальная пневмония. Летальность составила 16,9% (26 больных).

Таблица 3. Летальность больных в отделении общего профиля при диагнозе госпитальная пневмония в зависимости от нозологии и вида возбудителя.

Диагноз	К-во	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.
ИБС, ХСН _{II-III}	17	8	3	3	2	-
Хр. Бронхит	9	7	-	-	-	2
ВСЕГО	26 (100%)	15 (57,6%)	3 (11,5%)	3 (11,5%)	2 (7,6%)	2 (7,6%)

Проведенные исследования показали, что наиболее частым возбудителем, встречающимся при летальном исходе госпитальной пневмонии, оказался Streptococcus pneumoniae.

Причинами летальности при ИБС, ХСН_{II-III} явились:

- в 6 случаях - сепсис с развитием синдрома системного воспалительного ответа, который характеризовался лихорадкой, гипотермией, гипервентиляцией, снижением ОПСС на фоне увеличения сердечного выброса, снижением сердечного выброса, артериальной гипотензией, быстрым развитием ДВС - синдрома.

- в 7 случаях гибель обусловлена развитием тяжелой острой дыхательной недостаточности, проявившейся брадикардией и гипотонией, заторможенностью, проявлениями гипоксического или интоксикационного психоза, с развитием коматозного состояния, потребо-

вавшего перевода на ИВЛ в ОИРТ, но все равно закончившееся летальным исходом.

- в 4 случаях причиной явился бактериемический шок с резким падением артериального давления, появлением брадикардии и брадипноэ, с развитием коматозного состояния и острой дыхательной недостаточности, вполне вероятно, с развитием респираторного дистресс - синдрома.

При хроническом бронхите в стадии обострения причинами летальности госпитальной пневмонии (n=9) служило развитие острой дыхательной недостаточности на фоне респираторного дистресс - синдрома.

Исследования чувствительности возбудителей госпитальной пневмонии к некоторым антибактериальным средствам продемонстрировали следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4. Чувствительность возбудителей госпитальной пневмонии в отделении общего профиля к некоторым антибактериальным препаратам in vitro.

Препараты	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.	К-во
	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)	153 (100%)
Ампициллин	24 (42,8%)	23 (65,7%)	-	8 (40%)	-	55 (35,9%)
Амоксицилин	51 (91%)	25 (71,4%)	15 (46,8%)	11 (55%)	-	102 (66,6%)
Цефуроксим	43 (76,7%)	29 (82,8%)	23 (71,8%)	20 (100%)	-	115 (75,1%)
Цефтриаксон	56 (100%)	35 (100%)	32 (100%)	20 (100%)	8 (80%)	151 (98,6%)
Эритромицин	12 (21,4%)	15 (42,8%)	18 (56,2%)	14 (70%)	-	65 (42,4%)
Азитромицин	17 (30,3%)	16 (45,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	2 (20%)	70 (45,7%)
Гентамицин	-	23 (65,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	8 (80%)	66 (43,1%)
Ципрофлоксацин	56 (100%)	31 (88,5%)	32 (100%)	18 (90%)	8 (80%)	145 (94,7%)

Из таблицы видно, что в отделении общего профиля наибольшую активность в отношении возбудителей госпитальной пневмонии имеют цефалоспорины 2 и 3 поколения и фторхинолоны, которые можно рекомендовать для начала стартовой или эмпирической терапии. Полусинтетические пенициллины и комбинация ампициллина с клавулановой кислотой оказались умеренно активны в отношении Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus и Haemophilus influenzae. Ами-

ногликозиды оказались умеренно активны в отношении Haemophilus influenzae и Staphylococcus aureus, но достаточно активны в отношении грамотрицательных Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosae

Таким образом, при развитии госпитальной пневмонии в отделении общего профиля, в качестве стартовой антибактериальной терапии, рекомендуется назначение цефтриаксона в/в путем введения или ципрофлоксацина в/в путем введения.