

**Дадабаева Ёркиной Исоқжановна
Мамадалиев Дилмурод Муродулаевич
Таджибаев Хасан Лотипович
Наманганский филиал РНЦЭМП**

АКТУАЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Аннотация: Проведен анализ применения антибиотиков у больных с ожоговой болезнью. Выполнен бактериальный мониторинг ожоговых ран у пациентов ожогового центра. На основании мониторинга дискодиффузионным методом определены доминирующие микроорганизмы и их ассоциации у больных с ожоговой болезнью. На основе полученных данных определены оптимальные схемы использования антибактериальных препаратов, возможности и условия перехода от одних препаратов к другим.

Ключевые слова: Ожоговая болезнь, антибиотики, схемы лечения, длительность применения.

ВВЕДЕНИЕ

Ожоги являются одним из наиболее часто встречающихся видов травматизма. Так, по данным 30 ожоговых центров за год за помощью обратилось около 157000 пострадавших, из них было госпитализировано 22057 пациентов, из которых у 1919 (8,7 %) больных травма закончилась летальным исходом [1]. Общеизвестно, что все ожоги либо первично инфицированы, либо бактериальная обсемененность раны наступает уже в первые часы после травмы. Кроме непосредственной угрозы для жизни больного, имеющаяся инфекция значительно замедляет эпителизацию ожоговых ран, в том числе препятствуя своевременному оперативному лечению по восстановлению кожного покрова, а также ведет к формированию гипертрофических и келоидных рубцов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Факторами риска летальности при ожогах являются:

Неадекватная антибактериальная терапия, либо адекватная, но начало которой отсрочено более чем на 24 часа.

Имеющиеся MRSA (метициллин-резистентные) и MRSE (аминогликозидустойчивые) штаммы микроорганизмов.

Шок.

Возраст (дети до 10 лет и взрослые старше 60 лет).

Бактериемия, пневмония, наличие сопутствующих заболеваний.

Не санированный первичный локусинфекции.

Продолжительность антибактериального лечения менее 14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, одной из основных составляющих лечения больных с термической травмой является адекватная антибактериальная защита пациента.

Инфекции у обожженных разделяют на три типа [2]:

1. Нозокомиальные инфекции, связанные с окружающей средой больницы, полирезистентной флорой, характеризующейся перекрестным инфицированием через определенные источники.
2. Ятрогенные инфекции, связанные с инвазивными диагностическими и лечебными процедурами.
3. Оппортунистические инфекции, связанные с обычной флорой и иммунокомпromетированным хозяином.

По гистологическим признакам ожоговой раневой поверхности различают стадии развития инфекционного процесса в ране [3]:

I. Колонизация:

- а) поверхностная – микробы на ожоговой раневой поверхности;
- б) проникновение – микроорганизмы в толще ожогового струпа;
- в) пролиферация – появление и изменение численности микробов в пространстве под струпом.

II. Инвазия:

- а) микроинвазия – мелкие фокусы микроорганизмов в измененной ткани соседнего с подструпом пространства;
- б) генерализация – микрофокальное или широко распространенное проникновение микробов глубже в измененную подкожную ткань;
- в) микрососудистая – вовлечение небольших кровеносных и лимфатических сосудов.

Условно-патогенная микрофлора выявляется на ожоговой поверхности уже в первые сутки с момента травмы. В последующем бактерии могут проникать в разрушенные волосяные фолликулы, а при глубоких ожогах – в подкожно-жировую клетчатку и далее по кровеносным и лимфатическим сосудам разноситься по всему организму, вызывая генерализованную микробную инвазию. Генерализация инфекции наиболее часто происходит при площади ожоговых ран более 15% поверхности тела (у детей до 12 лет – более 5 % поверхности тела), при площади глубоких ожоговых ран более 5 % поверхности тела, при наличии сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ОРВИ, пневмония, другие очаги острой и хронической инфекции), при иммунодефицитных состояниях, базисном лечении иммунодепрессантами и кортикостероидами, а также при сочетании с термоингаляционной травмой. Все перечисленные состояния требуют назначения антибактериальных препаратов по абсолютным показаниям, причем начало системной терапии антибиотиками должно происходить в первые 12–24 часа после травмы для предотвращения генерализации [4].

Адекватная стартовая антибактериальная терапия является основным фактором лечения ожоговой болезни и выживаемости пациентов. При этом при назначении антибиотиков выбранные препараты должны по возможности охватывать весь спектр потенциальных возбудителей инфекции и выбираться с учетом риска мультирезистентности возбудителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основываясь на проведенном исследовании, можно сделать вывод, что больным с тяжелой термической травмой, требующим длительной противомикробной терапии, наряду с адекватной санацией раневых (ожоговых) поверхностей для эффективного лечения ожоговой болезни целесообразно применять эскалационную схему противомикробной системной терапии, в том числе допустимо использование антибиотиков до 30 ± 5 дней без их смены, если сохраняется к ним чувствительность микроорганизмов или имеются клинические и лабораторные данные эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев А.А. Основные статистические показатели работы ожоговых стационаров Российской Федерации за 2009 год / А.А. Алексеев, Ю.И. Тюрников // III съезд комбустиологов России 15-18 ноября 2010: сб. науч. трудов. – М., 2010. – С. 4–6.
2. Алексеев А.А. Антибактериальная терапия в комплексном лечении и профилактике инфекционных осложнений при ожогах / А.А. Алексеев, М.Г. Крутиков, В.П. Яковлев // Русский Медицинский журнал. – М., 1997. – № 5. – С. 24–30.
3. Избранные труды по комбустиологии / под ред. Островского Н.В. – Саратов: Научная книга, 2009. – С. 269.
4. Интенсивная терапия ожоговой болезни / Е.Н. Клигуненко с соав. // М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 61–75.