

Проспективная группа к настоящему времени включает 29 пациентов, в лечении которых применен метод вакуумного дренирования ран (VAC-терапия) с использованием синтетических пористых материалов в целях подготовки к реконструктивному этапу. VAC-терапия проводилась на второй день после ВХО раневого дефекта, либо со дня поступления при отсутствии выраженных воспалительно-деструктивных изменений постстернотомической раны. Длительность применения этой методики составила  $12,1 \pm 8,4$  суток. В первые два месяца в данной группе отмечено снижение частоты рецидивов с 46,1% до 17,3% по сравнению с ретроспективными результатами лечения аналогичной группы больных с ПСМ. Стоит выделить опыт успешного лечения 7 пациентов с тяжелым течением стернальной инфекции, обусловленным обширной раневой поверхностью, полирезистентностью полученной в посевах флоры. Лечение дополнялось местным и пероральным использованием пиогенного поливалентного бактериофага «Секстафаг» после предварительного определения фагочувствительности бактериального возбудителя.

Общая летальность составила 8,9% (7 пациентов): от тяжёлого сепсиса с полиорганной недостаточностью умерло четверо, один больной — от острого трансмурального инфаркта миокарда и один — от обширного ишемического инсульта. В проспективной группе умер один пациент с декомпенсацией сахарного диабета, нарастанием острой почечной недостаточности на фоне диабетической нефропатии.

Выводы. Пристальное внимание хирургов к данной проблеме обусловлено сложностью лечения послеоперационного стерномедиастинита. Ряд вопросов касательно лечения данного осложнения у кардиохирургических больных требует дальнейшего изучения. В связи с растущей резистентностью микроорганизмов к антибиотикам и возникающими на этом фоне проблемами в их адекватном подборе, хорошие перспективы имеет использование поливалентных комбинированных бактериофагов в сочетании с VAC-терапией.

## ВОЗМОЖНОСТИ ОТСЛЕЖИВАНИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПЕЙЗАЖА МИКРОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

СЕЛИВЕРСТОВ Д.В.<sup>1,2</sup>, ХУБЕЗОВ Д.А.<sup>1,2</sup>, ЛЕЖНЕВА Е.В.<sup>1</sup>,  
БЫСТРОВА Т.М.<sup>1</sup>, БИРЮКОВ В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУ РО «Областная клиническая больница», Рязань

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

<sup>3</sup> ГБУ РО «Клинико-диагностический центр», Рязань  
doctor.ryazan@mail.ru

Актуальность. Проблема роста резистентности госпитальной и «занесенной» микрофлоры к применяемым антибактериальным препаратам (АБП) остается нерешенной

во всех клиниках мира, поэтому остро стоит вопрос о разработке клиничко-информационных автоматизированных систем (КИАС), позволяющих в режиме реального времени (РРВ) отслеживать динамику изменений резистентности микрофлоры, микробного пейзажа и рационализировать антибактериальную терапию (АБТ).

Материалы и методы. В ГБУ РО ОКБ с 2013 г. создана и эффективно используется программа и база данных «Микрофлора». Средой разработки программы и базы данных был выбран Microsoft Visual Foxpro 9.0, для анализа используются запросы SQL, отчеты выгружаются в формат Microsoft Excel.

Исходными данными программы служат бланки конкретных анализов микрофлоры пациентов с указанием выделенных возбудителей и их чувствительности к списку АБП.

Программа использует 4 основных справочника с возможностью редактирования пользователем (1-биоматериалы; 2-диагнозы; 3-возбудители; 4-АБП).

На основании внесенных данных выполняются следующие виды анализа: 1. Определение количества проведенных исследований в разрезе взятого биоматериала. 2. Определение выделенной микрофлоры с количеством положительных анализов по каждому возбудителю. 3. Чувствительность выделенной микрофлоры к списку АБП с расчетом процента чувствительных тестов. 4. Выбор оптимальной АБТ в МКБ с учетом выявленной чувствительности к АБП (в разрезе отделений, нозологических форм).

Результаты. Всего за 5 лет выполнено 15310 микробиологических исследований различного биологического материала.

Анализ характера и чувствительности клинически значимой микрофлоры позволил разделить применяемые в МКБ АБП на 5 групп: 1 — АБП для стартовой эмпирической терапии до получения результатов микробиологических исследований (это-АБП с чувствительностью к ним микрофлоры от 70 до 100%); 2 — АБП 1-го ряда (применяются при неэффективности АБП 1-й группы); 3- АБП 2-го ряда (используются при смене микробного пейзажа и необходимости смены АБТ, чувствительность микрофлоры должна быть от 70% и выше); 4 — АБП группы «резерва» (чувствительность микрофлоры от 70 до 100%); 5- «запрещенные» к применению АБП, чувствительность к которым составляет 30% и менее). Препараты 5-й группы переводятся во 2-ю или 3-ю группы при восстановлении чувствительности микрофлоры к ним более 70%, в 1-ю группу — от 70 до 100%.

Выводы. Разработанная система КИАС с соответствующим программным обеспечением позволяет:

- предотвратить развитие панрезистентности к АБП в МКБ;
- рационально планировать закупки АБП на следующий за текущим год;
- сократить расходы МКБ на закупку АБП на 30–35%;
- сократить среднюю длительность законченного клинического случая в стационаре МКБ на 22–26%.