

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
"Буковинський державний медичний університет"**

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ  
АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ  
ТА ФОРМУВАННЯ  
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

**МАТЕРІАЛИ  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**Чернівці  
29 січня 2018 р.**

**МІКРОФЛОРА МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ, ВИДІЛЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА  
РІЗНИХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ**

**Н.С. Фоміна, О.О. Фомін, В.М. Кондратюк**

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця**

**fomina.vnm@gmail.com**

Спектр мікроорганізмів, що виділяються з бойових вогнепальних та мінно-вибухових поранень постійно змінюється. Ці зміни залежать від стану оточуючого середовища, методів лікувального впливу на тканини. З часом, рани колонізуються мікроорганізмами, що характеризуються підвищеною стійкістю до антибіотиків.

Проведено аналіз результатів бактеріологічних досліджень вогнепальних та мінно-вибухових поранень кінцівок від поранених, що проходили лікування у Військово-медичному клінічному центрі Центрального Регіону, Вінниця, за період липень-листопад 2014 року, лютий-березень 2015р.

У видовому складі мікрофлори ран, виявлених у ВМКЦ ЦР, на 1-му тижні після поранення, переважали стафілококи (36,8 % позитивних висівів). Грамнегативні палички були виділені у 21,1% випадків. Грам **позитивні** палички виділяли в 42,1 % випадків - *B. cereus* - у 36,8 %; *S. xerosis* - у 5,3 %). Дані показують, що на 1-му тижні після поранення бактерії, що колонізують рану - це конгамінанти з навколишнього середовища, які не призводять до тривалих інфекцій. Призначення антибіотиків у цей період, відбувалось з метою профілактики інфекційних ускладнень. Найширше з цією метою лікарі використовували комбінацію цефтріаксону з метрогілом.

На етапі кінцевого лікування (в нашому дослідженні ВМКЦ ЦР) характер антибактеріальної терапії змінювався шляхом збільшення кількості препаратів або заміни на препарат з більш широким спектром дії (у 57 % поранених). Найчастіше до лікування додавали лінкоміцин та фторхінолони.

З третього тижня після поранення відбувалась де-ескалація антибактеріальної терапії, яка полягала у застосовуванні препаратів резерву - карбопенемів, фторхінолонів та беталактамних антибіотиків 3- 4 поколінь.

Зрозумілим є те, що зміна антибіотиків під час лікування або заміни їх на препарати резерву позначились і на зміні видового спектру мікроорганізмів. Так, провідною мікрофлорою на другому тижні лікування за частотою виділення стали грамнегативні паличкові бактерії які були виявлені у 85,7 % позитивних висівів, серед яких у 78,6 % випадків висівались неферментуючі палички, чверть штамів з яких належало до роду — *Pseudomonas*, решта — *Acinetobacter*.

Більшість з виділених мікроорганізмів виявляли значну стійкість до більшості антибактеріальних препаратів. Серед усіх виділених штамів 11,9 % відносились до нолірезистентних (MDR), а 67,5 % виявилися мікробами з розширеною резистентністю (XDR). Серед ізолятів, виділених у різні терміни після поранення, доля штамів з розширеним спектром резистентності була неоднаковою. З числа штамів, виділених з матеріалу, узятого на першому тижні після поранення, 15,8 % належали до штамів з розширеною резистентністю. На другому тижні було виділено 71,4 % таких штамів, на III тижні - 96,9 %, на IV - 70 %, на V - 54,5 % штамів з розширеним спектром резистентності..

Звертає увагу факт, що найбільше збудників з розширеною резистентністю виділяли на 3-му тижні лікування, яке, як правило, відбувається в шпиталях.

Отже, підводячи підсумки необхідно підкреслити, що 1) на сьогодні антибактеріальна терапія у більшості поранених проводиться за стратегією ескалації; відсутній чітко визначений перелік препаратів стартової антибіотикотерапії та антибіотиків резерву, 2) нераціональне застосування антибіотиків приводить до того, що на II-III тижнях лікування в ранах домінує госпітальна мікрофлора, що виявляє резистентність до широкого спектру антибіотиків.