

- intubating laryngeal mask II: a preliminary clinical report of a new means of intubating the trachea. *Br. J. Anaesth.* 1997; 79 (6): 704—9.
6. Benumof J. L. The laryngeal mask airway and ASA difficult airway algorithm. *Anesthesiology.* 1996; 84 (3): 686—99.
 7. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology.* 2003; 98: 1269—77.
 8. Brimacombe J. R. Laryngeal Mask Anaesthesia. Principles and Practice. Second edition. London: WB Saunders Company, 2005, Ch. 1: 27—31; Ch. 18: 470—6.
 9. Latto I. P. Management of difficult intubation. In: Latto I. P., Rosen M., eds. Difficulties in Tracheal Intubation. London: Bailliere Tindall. 1987; 99—141.
 10. Frerk C. M. Predicting difficult intubation. *Anaesthesia.* 1991; 46 (12): 1005—8.
 11. Tse J., Rimm E., Hussain A. Predicting difficult endotracheal intubation in surgical patients scheduled for general anesthesia: a prospective blind study. *Anaesth.* 1995; 81 (2): 254—8.
 12. Brain A. I. J. The Laryngeal Mask LMA Fastrach™. Instruction Manual. Reading: LMA Medical; 2006.
 13. Timmermann A., Russo S., Graf B. M. Evaluation of the CTrach — an intubating LMA with integrated fiberoptic system. *Br. J. Anaesth.* 2006; 96 (4): 516—21.
 14. Rose D. K., Cohen M. M. The airway: problems and predictions in 18,500 patients. *Can. J. Anaesth.* 1994; 41 (5, Pt. 1): 372—83.
 15. Dhonneur G., Ndoko S. K., Yavchitz A., Foucrier A., Fessenmeyer C., Pollian C. et al. Tracheal Intubation of morbidly obese patients: LMA-CTrach™ vs direct laryngoscopy. *Br. J. Anaesth.* 2006; 97 (5): 742—5.
 16. Greenland K. B., Edwards M. J., Hutton N. J., Challis V. J., Irwin M. G., Sleigh J. Changes in airway configuration with different head and neck positions using magnetic resonance imaging of normal airways: a new concept with possible clinical applications. *Br. J. Anaesth.* 2010; 105 (5): 683—90.
 17. Ferson D. Z., Brain A. I. J. Laryngeal mask airway. In: Benumof's Airway Management: Principles and Practice. Edited by C.A. Hagerberg, 2nd ed. Philadelphia: Mosby Inc., 2007: 476—501.
 18. Brimacombe J. R. Intubating LMA for airway intubation. London: W. B. Saunders; 2004: 505—38.
 19. Keller C., Brimacombe J. R., Rädler C., Pühringer F., Brimacombe N. The intubating laryngeal mask airway: effect of handle elevation on efficacy of seal, fiberoptic position, blind intubation and airway protection. *Anesth. Intensive Care.* 2000; 28 (4): 414—19.
 20. Kihara S., Watanabe S., Taguchi N., Suga A. Tracheal intubation with the Macintosh laryngoscope vs intubating laryngeal mask airway in adults with normal airways. *Anaesth. Intensive Care* 2000; 28: 281—6.
 21. Argo F., Brimacombe J. R., Carassiti M., Marchionni L., Morelli A., Catalado R. The intubating laryngeal mask — clinical appraisal of ventilation and blind tracheal intubation in 110 patients. *Anaesthesia.* 1998; 53: 1084—90.
 22. Goodman E. J., Eisenmann U. B., Dumas S. D. Correlation of pharyngeal size to body mass index in the adult. *Anesthesiology.* 1997; 84: S584.

Поступила 25.11.12

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УД 616.1/8-008.64-02:616.12-0891-085.246.2:615.38

А. А. Еременко, М. В. Павлов, П. Е. Колпаков, Н. М. Минболатова, К. А. Бунятыян, Е. В. Инвиева

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ПРОДЛЕННОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СПОН У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГБУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН;
Отделение кардиорезусцитации и интенсивной терапии, Москва

Изучено влияние времени начала продленной гемодиализации на результаты лечения 51 пациента с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), развившимся после кардиохирургических операций. Выявлено, что раннее начало постоянной заместительной почечной терапии в комплексном лечении СПОН уменьшает выраженность системного воспалительного ответа, нормализацию цитокинового баланса, что способствует сокращению продолжительности ИВЛ, пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии, достоверному уменьшению потребности в длительной заместительной почечной терапии и снижению показателя 28-дневной летальности.

Ключевые слова: синдром полиорганной недостаточности, постоянная заместительная почечная терапия, гемодиализация, раннее начало, интерлейкины

THE INFLUENCE OF CONTINUOUS VENO-VEIN HAEMODIALYSIS (CVVHD) START TIME ON MODS TREATMENT RESULTS IN CARDIAC SURGERY PATIENTS"

Yeremenko A.A., Pavlov M.V., Kolpakov P.E., Minbolatova N.M., Bunatyanyan K.A. Inviyeva E.V.

Federal State Budgetary Institution Petrovsky National Research Center of Surgery under the Russian Academy of Medical Sciences; The Department of Cardiac Resuscitation and Intensive Care, Moscow

It was studied the influence of CVVHD start time on MODS treatment results in 51 patients after cardiac surgery. It was found that early CVVHD start as a part of MODS treatment reduces the SIRS severity, normalizes cytokines balance, which leads to ALV duration decrease and significant reduction in renal replacement therapy (RRT) requirements and 28-day mortality rate.

Key words: multiple organ dysfunction syndrome (MODS), continuous renal replacement therapy (CRRT), haemodialysis, early start, interleukins

Синдром полиорганной недостаточности (СПОН) остается основной причиной смерти пациентов палат ин-

тенсивной терапии и реанимации хирургических стационаров и занимает около 75—80% общей летальности [1].

В последние 10-летия постоянную заместительную почечную терапию (ПЗПТ) все чаще рассматривают как метод мультиорганной, а не исключительно почечной поддержки [2, 3]. Эффективность применения ее в ком-

Информация для контакта:

Еременко Александр Анатольевич (Eremenko Aleksandr Anatolyevich). E-mail: aerenko54@mail.ru;

Таблица 1

Распределение больных по виду выполненных оперативных вмешательств

Тип операции	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 23)	p
Протезирование аорты и магистральных сосудов	15 (52,9%)	13 (54,4%)	1
Протезирование и/или пластика клапанов сердца	7 (23,5%)	5 (21,1%)	1
Коронарное шунтирование	3 (9,9%)	2 (9,6%)	1
Протезирование клапанов + коронарное шунтирование	2 (7,8%)	2 (9,2%)	1
Реконструкция левого желудочка/трансплантация сердца	1 (5,9%)	1 (5,7%)	1

плексной терапии СПОН у большинства экспертов не вызывает сомнений, однако остаются актуальными вопросы выбора вариантов терапии и времени начала процедуры [4—6]. Общепринятыми показаниями для начала ЗПТ являются такие потенциально угрожающие жизни осложнения острого повреждения почек, как тяжелый метаболический ацидоз, гиперкалиемия или массивная гиперволемиа. В отношении других показаний (не экстренных) консенсус не достигнут и данных относительно того, когда следует начинать ПЗПТ, очень мало [5]. Проблема влияния времени начала ПЗПТ на исход острого повреждения почек изучалась в ряде наблюдательных исследований. Некоторые исследователи отмечают уменьшение летальности у больных, которым назначали раннюю ПЗПТ (23,5—55%) по сравнению с теми, у кого ПЗПТ начинали позже (55,5—88%) [8—13]. В отличие от них другие авторы не обнаружили достоверного повышения выживаемости при раннем начале ПЗПТ [7, 12]. Таким образом, на сегодня имеющихся данных недостаточно, чтобы прийти к окончательному выводу относительно оптимального начала ПЗПТ [4].

Цель исследования — определить влияние времени начала ПЗПТ на результаты лечения СПОН после кардиохирургических операций.

Материал и методы. В исследование включен 51 пациент, 28 мужчин и 23 женщины. Средний возраст составил 58 лет (от 23 до 74 лет). Всем пациентам выполнялись операции на сердце и/или магистральных сосудах (табл. 1).

Следует отметить, что в большинстве случаев выполнялись операции по протезированию аорты и магистральных сосудов, а также протезирование или пластика клапанов сердца, различий по виду оперативного вмешательства в сравниваемых группах не было.

У всех пациентов операции проводили в условиях искусственного кровообращения (ИК), среднее время ИК составило 166 мин, среднее время пережатия аорты 80 мин. В 12% случаев

Таблица 2

Распределение больных по основным причинам развития СПОН

Причина СПОН	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 23)	p
Массивная кровопотеря и большая гемотрансфузия	12 (42,9%)	12 (50,2%)	0,8
Длительное ИК	7 (23,8%)	5 (22,9%)	1
Острая сердечная недостаточность	5 (19%)	5 (21,1%)	1
Анафилактические реакции	4 (14,3%)	1 (5,8%)	0,4

Таблица 3

Клиническая характеристика больных на момент постановки диагноза СПОН (M ± m)

Параметр	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 23)	p
Средний возраст	55,7 ± 2,2	60,1 ± 1,7	0,1
APACHE II	23,2 ± 0,6	23 ± 0,8	0,8
MODS	9,3 ± 0,6	9,4 ± 0,3	0,9
Количество пораженных систем	4,5 ± 0,1	4,6 ± 0,1	0,5
Кровопотеря, мл	2814 ± 325,9	2974 ± 402,9	0,8
Время ИК, мин	177,9 ± 14,7	147,7 ± 8,4	0,1
Время ИМ, мин	99,5 ± 8,7	96,8 ± 6,7	0,8
Стадия "повреждение" по классификации RIFLE	24 (85,7%)	10 (43,5%)	0,1
Стадия "недостаточность" по классификации RIFLE	4 (14,3%)	13 (56,5%)	0,03

использовался левопредсердно-бедренный обход, ишемия внутренних органов составила 53 мин.

Основными осложнениями, приведшими к развитию СПОН, в нашем исследовании являлись массивная кровопотеря и большой объем гемотрансфузии, длительное ИК, а также кардиореспираторные нарушения, анафилактические реакции и другие причины. Следует отметить, что в наше исследование не включались больные СПОН развившимися на фоне сепсиса (табл. 2).

Всем пациентам в составе комплексной терапии СПОН проводили ЗПТ в режиме продленной вено-венозной гемодиализации. В зависимости от времени начала процедуры больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе (28 пациентов) гемодиализацию начинали в первые 24 ч с момента развития СПОН, во 2-й группе (23 пациента) процедура начата позднее 24 ч от момента развития СПОН (табл. 3).

Для оценки эффективности раннего начала продленной гемодиализации были проанализированы лабораторные показатели воспалительной реакции (уровень средних молекул, лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу), изменения уровня про- и противовоспалительных интерлейкинов — IL-6 и IL-10 (с использованием готовых наборов BD™CBA для количественного определения растворимых форм нескольких цитокинов в одном образце на проточном цитометре Facscan фирмы "Becton Dickinson", США), длительность ИВЛ, количество койко-дней в отделении интенсивной терапии и 28-дневная летальность.

ЗПТ проводилась в режиме продленной вено-венозной гемодиализации на гемопроцессорах Prisma и Prismaflex. Использовали стандартные пакетированные, бикарбонатные растворы. Антикоагуляция проводилась нефракционированным гепарином в средней дозе 7 ЕД/кг/ч.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили на персональном компьютере с использованием программы Биостатистика (ver. 3.03 McGraw-Hill, Inc., 1993). Данные обрабатывали методом вариационной статистики путем вычисления средней арифметической величины (M), стандартной ошибки средней арифметической (m). Сравнение показателей в малочисленных группах проводили с использованием U-критерия Манна—Уитни, сравнение долей в группах с малой выборкой — точного критерия Фишера. Результаты считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. На момент постановки диагноза полиорганной недостаточности группы пациентов достоверно не различались по антропометрическим данным, величине кровопотери, времени ИК, а также степени тяжести состояния и по количеству пораженных органов.

Однако перед началом процедуры выявлены достоверные различия в стадии острого почечного повреждения

Таблица 4

Влияние времени начала продленной ПГДФ на воспалительный ответ ($M \pm m$)

Параметр	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 23)	p между группами
Лейкоциты, $10^9/л$:			
до	20,7 ± 1,8	19,3 ± 1,3	0,5
после	14,2 ± 0,7*	14,6 ± 0,7*	0,7
через сутки после ПГДФ	12,6 ± 0,5	14,9 ± 1	0,035
ЛИИ:			
до	13,9 ± 1,7	13,5 ± 1,6	0,9
после	5,8 ± 0,6*	6,5 ± 0,5*	0,4
через сутки после ПГДФ	4,7 ± 0,5	9 ± 1,2*	< 0,001
Средние молекулы, усл. ед.:			
до	0,43 ± 0,007	0,42 ± 0,006	0,3
после	0,31 ± 0,004*	0,31 ± 0,004*	1
через сутки после ПГДФ	0,28 ± 0,004*	0,31 ± 0,005*	< 0,001

Примечание. Здесь и в табл. 5: * — $p < 0,05$ внутри группы, ЛИИ — лейкоцитарный индекс интоксикации.

по классификации RIFLE. Так, стадия "повреждение" наблюдалась у 86% пациентов 1-й группы и у 43% 2-й, стадия "недостаточность" составила 14% в 1-й группе и 57% во 2-й. Учитывая существенные различия в результатах лечения пациентов сравниваемых групп, они свидетельствуют в пользу более раннего начала экстракорпоральной детоксикации (на стадии "повреждение" по классификации RIFLE).

Среднее время начала процедуры в 1-й группе составило 14 ч, во 2-й — 42 ч от момента развития СПОН. Продолжительность процедуры достоверно не различалась между группами и составила 56 ч в 1-й группе и 67 ч во 2-й. Объем диализата в обеих группах составил примерно 80 л/сут или 44 мл/кг/ч.

При изучении влияния времени начала гемодиализации (ГДФ) на лабораторные показатели воспалительного ответа выявлены следующие закономерности, представленные в табл. 4.

Сразу после проведения процедуры количество лейкоцитов крови, ЛИИ и уровень средних молекул в обеих группах достоверно снижается по сравнению с исходным, через 24 ч в 1-й группе наблюдается дальнейшее снижение этих показателей, тогда как во 2-й группе лабораторные показатели воспаления остаются на прежнем уровне, а ЛИИ достоверно повышается.

Мы изучали изменения уровня про- и противовоспалительных интерлейкинов в динамике (табл. 5).

Так, уровень IL-6 после проведения ГДФ снижается в обеих группах равномерно примерно на 50%, а через 24 ч на 75% по сравнению с исходным, тогда как динамика IL-10 была несколько иной: после проведения ГДФ его уровень в обеих группах снижается примерно на 20%, через 24 ч в 1-й группе уровень IL-10 возвращается к исходному, а во 2-й группе отмечается его резкое повышение (на 64%) по сравнению с исходным.

При оценке уровня каждого из интерлейкинов в отдельности выявлена достоверная разница между группами. Для доказательного сравнения изменения уровня про- и противовоспалительных интерлейкинов между собой нами введен коэффициент соотношения IL-6 к IL-10. Это позволило выявить как внутри-, так и межгрупповые изменения.

Таблица 5

Динамика изменений уровней про- и противовоспалительных IL (в пг/мл) и коэффициента IL6/IL10 в сравниваемых группах ($M \pm m$)

Параметр	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 21)	p между группами
IL-6:			
до начала ПГДФ	40,9 ± 3,7	26,7 ± 4	< 0,001
после ПГДФ	21,4 ± 2,3* (снижение на 44,8%)	13,2 ± 1,8* (снижение на 50,4%)	< 0,001
через сутки после ПГДФ	8,3 ± 0,7*, ** (снижение на 79,6% от исходного уровня)	6,4 ± 0,8*, ** (снижение на 75,4% от исходного уровня)	< 0,05
IL-10:			
до начала ПГДФ	35,3 ± 3,8	20,3 ± 1,4	< 0,05
после ПГДФ	25 ± 3,4* (снижение на 29%)	16,2 ± 1,2* (снижение на 19,2%)	< 0,05
через сутки после ПГДФ	39,6 ± 3* (повышение на 10,4% от исходного уровня)	55,2 ± 4,6*, ** (повышение на 63,9% от исходного уровня)	< 0,05
IL6/IL10:			
до начала ПГДФ	1,37 ± 0,16	1,35 ± 0,16	0,9
после ПГДФ	1,07 ± 0,12	0,83 ± 0,08*	0,1
через сутки после ПГДФ	0,25 ± 0,03*, **	0,13 ± 0,02*, **	0,003

Примечание. ** — $p < 0,05$ при сравнении с исходом.

Перед началом ГДФ коэффициент IL-6/IL-10 достоверно не различался между группами и составил 1,36, т. е. в обеих группах наблюдалось преобладание провоспалительных интерлейкинов.

Сразу после проведения процедуры коэффициент IL-6/IL-10 равномерно снижался в обеих группах и приближался к 1, через сутки после окончания ГДФ мы наблюдали дальнейшее снижение коэффициента в обеих группах (возрастание уровня противовоспалительных интерлейкинов), но во 2-й группе отмечено достоверно более выраженное снижение этого показателя. Таким образом, мы выявили, что в результате проведения ГДФ у пациентов с СПОН не септической этиологии наблюдается снижение уровня провоспалительных и возрастание уровня противовоспалительных интерлейкинов. Однако

Таблица 6

Основные результаты проведенного исследования ($M \pm m$)

Показатель	1-я группа (n = 28)	2-я группа (n = 23)	p
28-Дневная летальность	4 (14%)	13 (57%)	0,03
"Потеря" функции почки по RIFLE (потребность в длительной ЗПТ)	2 (7%)	9 (39%)	0,044
Койко-день в ОРИТ	15,2 ± 3	23,5 ± 4,1	0,1
Продолжительность ИВЛ, ч	75 ± 12,2	116,4 ± 19,5	0,07

Основные причины смерти пациентов сравниваемых групп

Причина смерти	1-я группа (n = 4)	2-я группа (n = 13)	p
Вторичные инфекционные осложнения	0	10 (76,9%)	0,26
Прогрессирование СПОН	2 (50%)	1 (7,7%)	0,2
Острая сердечная недостаточность	2 (50%)	2 (15,4%)	0,5

при позднем начале ПЗПТ отмечается сохранение цитокинового дисбаланса с резким преобладанием пула противовоспалительных интерлейкинов (IL-10).

При анализе полученных данных мы выявили тенденцию к сокращению продолжительности ИВЛ ($75 \pm 12,2$ ч в 1-й группе и $116,4 \pm 19,5$ ч во 2-й; $p = 0,07$), времени пребывания в отделении интенсивной терапии ($15,2 \pm 3$ дня в 1-й группе и $23,5 \pm 4,1$ дня во 2-й; $p = 0,1$), а также достоверное уменьшение потребности в длительной ЗПТ и снижение показателя 28-дневной летальности, которые составили в 1-й группе 14%, во 2-й группе 57% (табл. 6).

Мы провели анализ основных причин смерти пациентов сравниваемых групп, показавший преобладание вторичных инфекционных осложнений в группе с поздним началом ПДФ, что объясняется сохраняющимися признаками системного воспалительного ответа и прогрессированием полиорганной недостаточности (табл. 7).

Выводы

1. Раннее начало продленной гемодиализации в комплексной терапии СПОН у больных, оперированных в условиях искусственного кровообращения, приводит к снижению выраженности системного воспалительного ответа и нормализации баланса между про- и противовоспалительными интерлейкинами.

2. Проведение заместительной почечной терапии (ЗПТ) в течение первых 24 ч от развития СПОН (на стадии "повреждение" по классификации RAFLE) позволяет улучшить результаты лечения, о чем свидетельствует тенденция к сокращению продолжительности ИВЛ, пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии, уменьшению потребности в длительной ЗПТ и достоверное снижение показателя 28-дневной летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Alejandria M. M., Lansang M. A., Dans L. F.* et al. Intravenous immunoglobulin for treating sepsis and septic shock. (Cochrane review). In: The Cochrane library. Oxford: Update Software; 2002; issue 1.
2. *Ronco C., Bellomo R.* Acute renal failure and multiple organ dysfunction in the ICU: From renal replacement therapy (RRT) to multiple organ support therapy (MOST). *Int. J. Artif. Organs.* 2002; 25 (8): 733—7.
3. *Burchardi H.* Renal replacement therapy (RRT) in the ICU: criteria for initiating RRT. In: Ronco C, Bellomo R., La Greca G., eds. Blood purification in intensive care. (Contributions to Nephrology V 132 — Berlyne GM and Ronco C). New York: Karger; 2001; 171—80.
4. *Келлум Д., Сингбарта К.* Экстракорпоральная детоксикация в интенсивной терапии. Взгляд в 2020 год. В кн.: Бокерия Л. А., Ярустовский М. Б., ред. Руководство по экстракорпоральному очищению крови в интенсивной терапии. М: ИЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН; 2009: 457—67.
5. *Kellum J. A., Mehta R. L., Levin A.* et al. Development of a clinical research agenda for acute kidney injury using an international, interdisciplinary, three-step modified Delphi process. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2008.
6. *Kellum J. A., Bellomo R., Mehta R., Ronco C.* Blood purification in non-renal critical illness. *Blood Purif.* 2003; 21: 6—13.
7. *Bouman C. S., Oudemans-Van Straaten H. M., Tijssen J. G.* et al. Effects of early high-volume continuous venovenous hemofiltration on survival; recovery of renal function in intensive care patients with acute renal failure: a prospective, randomized trial. *Crit. Care Med.* 2002; 30: 2205—11.
8. *Gettings L. G., Reynolds H. N., Scalea T.* Outcome in post-traumatic acute renal failure when continuous renal replacement therapy is applied early vs. late. *Intens. Care Med.* 1999; 25: 805—13.
9. *Demirkilic U., Kuralay E., Yenicesu M.* et al. Timing of replacement therapy for acute renal failure after cardiac surgery. *J. Card. Surg.* 2004; 19: 17—20.
10. *Elahi M. M., Lim M. Y., Joseph R. N.* et al. Early hemofiltration improves survival in post-cardiotomy patients with acute renal failure. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2004; 26: 1027—31.
11. *Piccinni P., Dan M., Barbacini E.* et al. Early isovolaemic hemofiltration in oliguric patients with septic shock. *Intens. Care Med.* 2006; 32: 80—6.
12. *Liu K. D., Himmeifarb J., Paganini E.* et al. Timing of initiation of dialysis in critically ill patients with acute kidney injury. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2006; 1: 915—9.
13. *Bagshaw S. M., Uchino S. M., Bellomo R.* et al. Beginning and Ending Supportive Therapy for the Kidney (BEST Kidney) Investigators. Septic acute kidney injury in critically ill patients: clinical characteristics and outcomes. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2007; 2: 431—9.

Поступила 12.10.12

© Н. С. БОГОМОЛОВА, 2013
УДК 617-022-084:615.281.03]:614.2

Н. С. Богомоллова

ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА: ЗАДАЧИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ОРИТ

ФГБУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского, Москва

Обсуждаются вопросы организации и эффективности деятельности химиотерапевтической службы в условиях многопрофильного хирургического стационара. При широком и повсеместном распространении антибиотикоустойчивых возбудителей хирургической инфекции необходимо объединение усилий хирургов, реаниматологов, клинических фармакологов-химиотерапевтов и микробиологов. Главными подходами в решении проблемы хирургической инфекции являются мониторинг эпидемиологической ситуации в конкретном стационаре, изучение резистентности микрофлоры к используемым в хирургической и реанимационной практике антибиотикам, исследование клинико-фармакологических аспектов антибактериальной терапии (фармакокинетики, фармакодинамики, переносимости, эффективности антибактериальных препаратов), разработка принципов упреждающей ротации антибиотиков в целях сдерживания распространения резистентных штаммов микроорганизмов — возбудителей нозокомиальных инфекций. Этому учит 40-летний опыт работы лаборатории профилактики и лечения инфекций в хирургии в РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского.

Ключевые слова: хирургическая инфекция, ОРИТ, антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика