

И.И. ПИКИРЕНЯ

49-Я МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО АНТИМИКРОБНЫМ АГЕНТАМ И ХИМИОТЕРАПИИ

(12–15 сентября 2009 г., США, Сан-Франциско)

Министерство здравоохранения,
Республика Беларусь

Ежегодно Американское общество микробиологов проводит свои конференции, на которых собирает специалистов со всего мира. Очередная 49-я Междисциплинарная конференция по антимикробным агентам и химиотерапии была проведена в США в г. Сан-Франциско 12–15 сентября 2009 года. В конференции приняли участие более 10 тысяч специалистов, включая инфекционистов, микробиологов, ветеринарных врачей, врачей лабораторной диагностики, специалистов по лечению ВИЧ-инфекции, хирургов, анестезиологов, паразитологов и других. Начиная с первого дня, конференция работала по секциям в нескольких десятках залов. Также была представлена выставка, но, если судить по нашим меркам, очень скромная. Главным образом на выставке были представлены диагностикумы, антимикробные препараты таких известных фирм, как MSD, Pfizer, GlaxoSmithKline, Gilead, AstrZeneca, а также медицинские издательства, предлагавшие бесплатные подписки, включая электронные журналы. Один из самых значительных разделов конференции – постерные сессии, на которых было продемонстрировано более тысячи докладов, большая часть из которых была доступна в электронном виде с возможностью цветной распечатки. Кроме того, были закрытые заседания с ограниченным доступом, на которых обсуждались самые различные вопросы.

Главными проблемами, обсуждавшимися на конференции, были механизмы

устойчивости микроорганизмов к антибиотикам и пути их преодоления, антивирусная терапия, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции, грибковых заболеваний. Широко на конгрессе освещались проблемы современной антибактериальной терапии. Наибольшее внимание было уделено вопросам терапии заболеваний, вызываемых бактериями-продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС). По результатам исследования SMART, которое начиная с 2002 года собирает данные по антибактериальной чувствительности со всего мира, наиболее частыми возбудителями, выделяющие БЛРС и вызывающие тяжёлые внебольничные инфекции, являются *E. coli* и *Klebsiella spp.* Причём, количество встречаемых штаммов *E. coli* за последние 4 года удвоилось и составляет 13%. А в целом, при интраабдоминальных инфекциях частота встречаемости бактерий-продуцентов БЛРС достигает 40% случаев. Антибактериальная терапия в таких случаях является проблемной во многих странах, поскольку, по данным SMART, максимальной эффективностью (>90%) обладают 3 препарата – эртапенем, имипенем/циластатин и амикацин. Но, в связи с ростом устойчивости *P. aeruginosa* и желанием оставить имипенем/циластатин и амикацин как препараты выбора при лечении синегнойной инфекции, на конгрессе высказывались рекомендации по применению эртапенема как единственного препарата, активного при тяжёлых внебольничных инфекциях, вызванных БЛРС-

выделяющими микроорганизмами.

В докладе Louis B. Rise (США, Кливленд) «Назначение антибиотиков в эпоху мультирезистентности» было сказано, что неправильное назначение антибиотиков при стартовой терапии увеличивает смертность в 1,5–2 раза, по данным 118 глобальных исследований, проведённых в 2008 году. Начала снижаться чувствительность *E. coli* и в настоящее время *E. coli* практически не чувствительна ампициллину, сульбактаму, резко снижена чувствительность к цефотоксиму, фторхинолонам, сохраняется к ортопенему. Количество бета-лактомазопродуцирующих *E. coli* увеличилось с 15 до 30%. В отношении *E. coli* только карбапенемы не меняют чувствительность. *Klebsiella pneumoniae* высевается реже, ситуация несколько лучше, но тенденции такие же, как и у *E. coli*. В клиниках Европы и Северной Америки *Klebsiella pneumoniae* высевается чаще. В отношении её фторхинолоны эффективны в 50% случаев. Поэтому при эмпирической терапии грамм-отрицательной микрофлоры цефалоспорины и фторхинолоны не могут быть использованы. В этой ситуации единственный выбор – карбапенемы. Они так же бывают неэффективны, но крайне редко. Докладчик сделал вывод, что курс антибиотикотерапии должен быть коротким, эффективным препаратом, безопасным, дозировки должны быть максимальными для достижения необходимой концентрации в очаге. Вопрос стоимости должен стоять на последнем месте. Так как в целом, чем меньше употребление неэффективных антибиотиков, тем больше чувствительность.

George H. Karam (США, Луизиана) в своём докладе «Деэскалационная стратегия в улучшении результатов лечения внутригоспитальной инфекции в отделения интенсивной терапии» подчеркнул, что с 90-х годов прошлого века деэскалационная терапия в отделениях интенсивной тера-

пии используется в двух вариантах: антибиотика широкого спектра действия коротким курсом (характерно для стран Европы) и антибиотики узкого спектра действия длительным курсом (используется в Америке). Смерть пациентов от инфекционных осложнений в 66% случаев связана с бета-лактамазопродуцирующими возбудителями. Проведённые в течение 7 лет исследования показали, что в тех клиниках, где применяют антибиотики широкого спектра действия коротким курсом чувствительность микроорганизмов к антибиотикам не изменилась. Таким образом, при оценке результатов антибиотикотерапии, кроме клинических и лабораторных показателей, необходимо включать и возникновение резистентности микрофлоры к антибиотикам.

Большой интерес вызвал доклад Romzan Rangoonwala (Германия) «Роль генерических препаратов в развитии резистентности микроорганизмов», в котором на большом клиническом и исследовании *in vitro* было показано, что генерические препараты значительно чаще вызывают анафилактический шок и другие реакции, которых не наблюдается при введении оригинальных препаратов. У 50% пациентов, получавших генерические препараты развивались флебиты. Оказалось, что причиной тромбофлебитов в таких случаях являются крупные частицы препарата, которые образуются в процессе его производства, транспортировки. Провели исследование субстанций 22 генерических препаратов из таких стран, как Китай, Тайвань, Индия и оказалось, что только 9 препаратов были подобны на оригинальный. Докладчик сделал вывод, что генерические препараты при допуске к клиническому применению должны проходить такую же систему проверки качества, клинической эффективности, как и оригинальные препараты.

Много постерных докладов, а также

один симпозиум были посвящены предупреждению инфекции в месте хирургического вмешательства (Surgical Site Infections – SSI), включая травматологию, кардиохирургию. В докладе E. Patchen Dellinger (США, Вашингтон) «Что нового в профилактике SSI» были представлены данные по клиническим протоколам профилактики SSI (SHFA/IDSA). Впервые эти протоколы были приняты в 1999 году, редакция же 2008 года практически ничего нового не внесла и явилась перепечаткой тех же протоколов. Основа – система ABC – антисептика, тщательная хирургическая техника, санация хронических очагов инфекции и ABCD, то есть дополнительно антибиотикопрофилактика.

В настоящее время одним из основных принципов профилактики SSI является сохранение температуры тела, так как от этого зависит насыщенность тканей кислородом. Причём, согревание пациента необходимо выполнять до операции, т.к. при охлаждении пациента происходит периферический спазм сосудов (в первую очередь в конечностях), после наркоза развивается вазодилатация и происходит охлаждение всего организма, в этих условиях повышение температуры тела становится проблематичным.

Докладчик считает, что необходим тщательный контроль уровня сахара, так как гипергликемия является фактором риска инфекции. Необходимо помнить, что в 47% случаев гипергликемия наблюдается без наличия у больного сахарного диабета. При сахарном диабете нормализация уровня сахара позволяет повысить выживаемость пациентов после оперативных вмешательств. Вместе с тем, гипогликемия, в свою очередь, увеличивает риск осложнений и летальности. Таким образом, следует поддерживать нормальный уровень гликемии, что часто бывает затруднительным. Применение антибиотиков в настоя-

щее время вызывает больше вопросов, чем имеется ответов: какие антибиотики выбирать, дозировки, когда начинать вводить, длительность курса. Но при этом следует признать, что применение антибиотиков снижает частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде. При ответах на вопросы, докладчик отметил, что нет данных исследований о влиянии охлаждения в кардиохирургии на частоту возникновения осложнений. Антибиотикопрофилактика должна быть, по возможности, более короткой (до 24 часов после операции), но далеко не все хирурги так поступают и используют антибиотики до 4-х суток.

William R. Berry (США) в докладе «Подход ВОЗ: чек-лист» рассказал о пилотном проекте ВОЗ по использованию чек-листа в хирургии. Чек-лист – это вкладыш в историю болезни, в котором указаны все основные мероприятия, которые должны быть выполнены лечащим врачом и медицинскими сестрами до операции, во время операции, в послеоперационном периоде и ответственный медицинский персонал вносит отметку о выполнении. Информацию о чек-листах можно получить на сайте ВОЗ www.who.int.patientsafety или safesurg.org или scoapchecklist.org. При разработке данного листа исходили из того, что основные его положения должны быть простыми, широко используемыми и измеряемыми. Апробация данного листа, выполненная во многих странах у более, чем 8 тысяч пациентов, привела к снижению процента осложнений и смертности. 70% уменьшения осложнений связано с правильным назначением антибиотиков. И это улучшение более значимо в развивающихся странах и странах со средним доходом. 90% тех, кто использовал в своей работе чек-листы, высказали пожелание, чтобы в случае выполнения им операции, были использованы чек-листы.

В докладе A.L.L.M. LIMA из Медицинской Школы при Университете Сан Пауло (Бразилия) было сказано, что чрезмерное употребление карбапенемов 2 группы может повлечь за собой снижение чувствительности бактерий. Авторы оценили обязательное применение эртапенема при условии ограничения использования имипенема и меропенема. В долгосрочном клиническом исследовании доказали, что назначение эртапенема связано с минималь-

ным риском возникновения устойчивости и что применение эртапенема может улучшить общую больничную экологию путём снижения чрезмерного употребления карбапенемов 2 группы.

Адрес для корреспонденции

220048, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Мясникова, 39, МЗ РБ,
e-mail: pik-med@tut.by,
Пикиреня И.И.

Поступила 22.10.2009 г.
