

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Скрипникова Я.С., Пацера М.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Ожоговая травма занимает второе место по распространенности среди травмированных детей. При лечении ожоговой травмы важную роль играет профилактика и лечение инфекции в ране. Помимо непосредственной опасности для жизни больного, длительное существование инфекции приводит к задержке процессов заживления ожоговых ран и способствует избыточному рубцеванию. Антибактериальная терапия (АБТ) при лечении ожоговой травмы проводится по двум основным алгоритмам: эскалационный (от эмпирически выбранного антибиотика к препарату согласно чувствительности выделенной микрофлоры) и деэскалационный (от препарата с максимально широким спектром действия к узкому, согласно чувствительности выделенного из биологических сред пациента возбудителя). Проведен анализ результатов АБТ при лечении детей в областном ожоговом отделении городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья за 2013-2015 гг. За это время в отделении получили лечение 877 детей, из них с острой травмой 808, что составляет 31,7% от общего числа обожженных, получивших лечение в отделении. Ведущим этиологическим факторам ожоговой травмы у детей были горячие жидкости 678 случаев (84%), на втором месте контактные ожоги – 59 случаев (7,2%), на третьем – ожоги пламенем (39 детей-4,8%), 10 (1,3%) детей были с электротравмами. Среди обожженных детей 162 (18,4%) были дети до 1 года, 432 (49,3%) в возрасте от 1 года до 3 лет, 192 (21,8%) дети от 3 до 6 лет и 90 (10,4%) человек были дети старше 6 лет. Системная АБТ была проведена в 326 случаях (40,3% от числа получивших лечение в отделении детей). АБТ назначалась по следующим показаниям: при площади ожогов менее 10% - догоспитальное время более 7 часов, отягощенный преморбидный фон, сочетанные респираторные заболевания; при площади ожогов более 10%- наличие термоингаляционной травмы, ИВЛ, угроза генерализации инфекции, развитие системного воспалительного ответа. При эмпирическом назначении антибиотика учитывались результаты ежегодного локального мониторинга ожогового отделения по определению микробиологического профиля методом посевов на селективные среды и данные по изучению этиологической структуры возбудителей бронхолегочных заболеваний у детей, так как 344 (42,6%) детей поступали для лечения ожоговой травмы с сочетанными респираторными заболеваниями и еще у 81 (10,2%) ребенка респираторные заболевания развились во время пребывания в ожоговом отделении. АБТ одним антибиотиком, чаще цефалоспорином II-III поколения, получили 268 человек (82,2%).

Широко использовали ступенчатую АБТ с переводом на пероральный прием после парентерального введения. При назначении препаратов per os чаще использовали формы антибиотиков, которые становятся активными в системном кровотоке. Средняя длительность антибактериальной терапии составила 9,2 дня. При глубоких и обширных по площади ожогах АБТ проводилась по деэскалационному типу. Для выявления возбудителя и определения чувствительности проводились посевы раневого отделяемого на 5-7-й день лечения, обычно после начала отторжения некроза на фоне комплекса мероприятий по подготовке пациента к аутодермопластике. 37 детей (11,3%) получили АБТ более чем тремя антибиотиками различных групп (комбинации цефалоспоринов III-IV поколений, аминогликозидов, карбопенемов, гликопептидов, макролидов, нитрофуранов). Средняя длительность такой АБТ составила 16,2 дня. Всем детям при назначении АБТ с целью профилактики развития антибиотико - ассоциированной диареи (ААД) с первого дня назначались препараты, содержащие лиофилизированные культуры пробиотических штаммов *Lactobacillus rhamnosus* R0011 и *Lactobacillus acidophilus* R0052. Эти культуры способны преодолевать кислотный барьер желудка, сохраняя свою жизнеспособность в кишечнике. Живые активные лактобациллы названных штаммов обладают доказанным антагонизмом к *Clostridium difficile*, наиболее частого возбудителя ААД. Установлено, что среди детей, получавших АБТ на фоне приема пробиотических штаммов, ААД развилась в 28 случаях (8,6%) что в сравнении с данными литературы существенно ниже частоты ААД у больных без профилактики лактобациллами. При лечении ААД проводилась смена антибактериального препарата, который ее инициировал, проводилось устранение дегидратации и коррекция нарушений водно-электролитного баланса. С целью восстановления микробной экосистемы кишечника назначались препараты, содержащие лиофилизированные дрожжи *Sacharomyces boulardi*. Лишь в 3 случаях потребовалось назначение метронидазола в дозе 30мг/кг массы в 3-4 приема, целью этиотропного лечения *Clostridium difficile* как наиболее вероятной причине развития ААД. Таким образом, основная часть детей с ожоговой травмой нуждается в назначении антибактериальной терапии по эскалационному типу, для составления плана деэскалационной терапии необходимо проведение посева раневого отделяемого на 5-7 день лечения, антибактериальная терапия с первого дня должна сопровождаться назначением лиофилизированных культур пробиотических штаммов с целью профилактики развития ААД.