**ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ,**

**ВЫЗВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ**

Онасенко И.А. Березняков А.В.

Национальный медицинский університет, г Харьков, Украина

Нозокомиальные инфекции являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины причиной возникновения которых все чаще является синегнойная палочка.

Выживание и репликация P. aeruginosa в организме связано с наличием биопленки, которая защищает бактерию от антител и фагоцитов хозяина и способствует антибиотикоустойчивости.

За последние десятилетия разработано много антибиотиков с мощной активностью in vitro в отношении синегнойной палочки. Это цефалоспорины III и IV поколений, уреидопенициллины, карбапенемы, аминогликозиды, фторхинолоны. Но, при монотерапии псевдомонадных инфекций не всегда удается достичь благоприятных исходов лечения в связи с частым развитием резистентности у возбудителя, что делает лечение синегнойной инфекции достаточно трудным. Это послужило основанием для применения комбинаций антибиотиков.

Одной из общепринятых комбинаций во всем мире является сочетание антипсевдомонадного препарата из группы бета-лактамов с аминогликозидом. Основанием для применения данной комбинации при синегнойных инфекциях стало наличие синергетического действия между группами этих препаратов in vitro и выраженный терапевтический эффект. Среди аминогликозидов предпочтение следует отдавать амикацину. Отличительной особенностью этого препарата является более высокая устойчивость к аминогликозид-модифицирующим ферментам, в связи с чем штаммы, резистентные к другим аминогликозидам, в большинстве случаев сохраняют к нему чувствительность. По данным американских авторов, за последние 10 лет не наблюдалось значимого роста резистентности к амикацину даже при его интенсивном применении. По данным исследований, это один из самых активных антибиотиков в отношении грамотрицательных бактерий и хорошо переносится больными.

Еще в одной из схем лечения инфекции, вызванной P. aeruginosa  используют цефтазидим, что объясняется его высокой активностью и хорошим проникновением через ГЭБ. Для получения синергического эффекта и с целью профилактики резистентности к цефтазидиму его комбинируют вместе с аминогликозидом. Поскольку аминогликозиды плохо проникают через гематоэнцефалический барьер, иногда с внутривенным введением может понадобиться их интравентрикулярное или интратекальное введение. Альтернативой цефтазидиму могут быть карбапенемы, однако имипенем в высоких дозах, которые необходимы для лечения инфекций ЦНС, может оказывать нейротоксический эффект, включая судороги, поэтому предпочтение следует отдавать меропенему.

Так же сейчас есть возможноcть монотерапии фторхинолонами (ципрофлоксацин) и карбапенемами (имипинем, меропенем). В нескольких исследованиях была показана равная эффективность монотерапии этими препаратами и комбинированной терапии комбинацией бета-лактамного антибиотика и аминогликозида, однако эти данные достоверно пока не подтверждены.

Для эмпирической терапии можно использовать комбинацию из антибиотиков: бета-лактам + аминогликозид + гликопептид или сочетание: цефтазидим, имипенем, амикацин, ципрофлоксацин.

Лечение синегнойной палочки должно быть комплексным, включая комплекс антибиотиков, пробиотики, лечение основного заболевания. Если клиника инфицирования синегнойной палочкой поддерживается основным заболеванием (например, гломерулонефритом, простатитом), необходимо немедленно начать его лечение. Так же существует общеукрепляющая терапия. Это рациональное витаминизированное питание с исключением острой, жирной, жареной пищи и ограничением легкоусваиваемых углеводов, а так же прием поливитаминно-минеральных комплексов. Выбор антибиотика и дозу определяет врач с учетом индивидуальной формы и тяжести течения заболевания. В процессе лечения необходимо проводить повторное бактериологическое исследование с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам. Если лечение не эффективно в течение 5-7 дней, необходимо поменять схему лечения.