

Spis treści

7 PRZEDMOWA

Danuta Dzierżanowska

11 POURAZOWA PRZETOKA PRZEŁYKOWO-SKÓRNA ZAKAŻONA GRZYBAMI SKUTECZNIE LECZONA ANIDULAFUNGINĄ (ECALTA®) – OPIS PRZYPADKU

Maciej Gawor, Dariusz Łątka, Krzysztof Burdynowski

21 OPORNOŚĆ SZCZEPÓW BAKTERII SZPITALNYCH JAKO PROBLEM TERAPEUTYCZNY W CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ ZESPOŁU FOURNIERA – OPIS PRZYPADKU

Magdalena Graczyk, Justyna Kostro, Jerzy Jankau

33 CIĘŻKIE ZAKAŻENIE *ASPERGILLUS* SPP. I *CANDIDA ALBICANS* U CHOREJ LECZONEJ Z POWODU MIĘŚAKA EWINGA – OPIS PRZYPADKU

Anna Łukaszewska, Małgorzata Lipiec, Elżbieta Ochman

43 ROPNIAK PARAPNEUMONICZNY. OPIS PRZYPADKU ZASTOSOWANIA LECZENIA ZŁOŻONEGO Z DRENAŻU JAMY OPŁUCNOWEJ, FIBRYNOLIZY DOOPŁUCNOWEJ ORAZ SYSTEMOWEJ I MIEJSCOWEJ ANTYBIOTYKOTERAPII

Marek Sobol

53 ASPERGILOZA MÓZGU U CHŁOPCA Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ LIMFOLASTYCZNĄ – OPIS PRZYPADKU

Maria Jolanta Stefaniak, Joanna Zawitkowska, Dominik Grabowski, Agnieszka Brodzisz

65 ANTYBIOTYKOTERAPIA U CHOREGO WE WSTRZĄSIE SEPTYCZNYM LECZONEGO W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII – OPIS PRZYPADKU

Wiktor Sułkowski, Marzena Kessler

73 ZASTOSOWANIE TYGECYKLINY W LECZENIU POWIKŁAŃ SEPTYCZNYCH W PRZEBIEGU ZESPOŁU HELLP – OPIS PRZYPADKU

Barbara Tamowicz, Adam Mikstacki, Kamila Grzybowska-Okręt, Monika Stachowiak

PRZEDMOWA

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Wielokrotnie już w licznych opracowaniach czy też przewodnikach starałam się przybliżyć problem zakażeń i trudności związanych z ich terapią, dostarczając jednocześnie materiałów pomocnych w podejmowaniu właściwych decyzji. Aktualnie dostępnych jest wiele opracowań na temat strategii leczenia, w tym rekomendacji towarzystw naukowych, publikacji obejmujących badania kliniczne nad skutecznością poszczególnych leków, a mimo to leczenie zakażeń szpitalnych jest coraz trudniejsze i niejednokrotnie zakończone niepomyślnie dla chorego. Zakażenia nie są czymś nowym, pierwszy opis sepsy opublikowano już w 1917 roku w czasopiśmie *Science*, a w ostatnich latach liczba przypadków tej ciężkiej postaci zakażeń wykazuje tendencje wzrostowe. Warto podkreślić, że znaczący postęp w leczeniu zakażeń miał związek z wykryciem i wprowadzeniem do terapii antybiotyków i chemioterapeutyków. Sukces, jaki odnosiły antybiotyki w drugiej połowie ubiegłego wieku, okazał się dość krótkotrwały, a przyczyn tego zjawiska jest wiele, w tym także wiele naszych błędów. Drobnoustroje w obliczu śmiertelnego zagrożenia uruchomiły systemy adaptacyjne do nowych warunków, zaprzęgając do tego celu potężny mechanizm genetyczny. Stosowanie antybiotyków w terapii pociągnęło za sobą tzw. zjawisko „collateral damage”, polegające na selekcji wariantów bakterii opornych na antybiotyki, czasem na wiele z nich, a nawet na wszystkie, na skutek oporności w wyniku czy to mutacji, czy też horyzontalnego transferu genów lekoopornych. I tak w środowisku szpitalnym pojawiły się szczepy ziarenkowców Gram-dodatnich, jak *Staphylococcus aureus* czy *Staphylococcus epidermidis* odporne na metycylinę, enterokoki odporne na wankomycynę, czy też pałeczki Gram-ujemne z rodziny *Enterobacteriaceae* oraz niefermentujące z rodzajów *Pseudomonas* i *Acinetobacter* wytwarzające β -laktamazy o rozszerzonym spektrum (ES β L), czy też karbapenemazy plazmidowe lub metalobetalaktamazy.

Dodatkowym efektem szerokiego stosowania antybiotyków w terapii zakażeń szpitalnych jest wzrost działań niepożądanych, polegający między innymi na zaburzeniu równowagi w obrębie fizjologicznego mikrobiomu człowieka i wzroście częstości

biegunki poantybiotykowej o etiologii *Clostridium difficile*, laseczki odpornej na konwencjonalne antybiotyki. Ten wzrost liczby zakażeń szpitalnych, w tym zakażeń powodowanych przez szczepy lekooporne, jest efektem znaczącego postępu w naukach medycznych polegającego na agresywnym leczeniu chorób nowotworowych, przeszczepach narządów i szpiku, co znacznie przyczyniło się do wydłużenia życia. Ta szeroko pojęta inwazja w organizm człowieka, prowadząca do ratowania życia, wiąże się z wyraźnym wzrostem podatności na zakażenia.

Dla osłabionego ustroju spowodowanego chorobą podstawową, a czasem też leczeniem, groźne okazały się nie tylko bakterie, lecz także grzyby, z których znaczna część stanowi składową mikroflory błon śluzowych człowieka. Są to przede wszystkim drożdżaki z rodzaju *Candida*, czy też grzyby pleśniowe znajdujące się w bezpośrednim otoczeniu człowieka. Co więcej, zakażenia grzybicze – z łagodnych powierzchniowych obejmujących skórę i błony śluzowe – nabrały wyjątkowo inwazyjnego charakteru, atakując poszczególne narządy, a nawet cały ustrój. Zakażenia grzybicze, z uwagi na fakt, że dotyczą chorego ze znacznie uszkodzonym układem odpornościowym, mogą mieć przebieg piorunujący, a samo zakażenie nie zawsze rozpoznawane jest przyżyciowo.

Aby sprostać tym nowym wyzwaniom, jakie niesie ze sobą postęp medycyny, konieczne są nie tylko nowe antybiotyki, lecz także opracowanie nowych szybkich metod diagnostycznych. Ich celem jest zarówno wykrycie i zidentyfikowanie odpowiednio wcześniej czynnika etiologicznego zakażenia, jak i wykazanie jakimi mechanizmami oporności dysponuje drobnoustroj zakażający. Informacje takie są niezbędne lekarzowi do zastosowania odpowiednio wcześniej właściwego leczenia. Warto dodać, że lekooporność drobnoustrojów na antybiotyki ma zasięg globalny, a prowadzone na świecie długoterminowe programy monitorujące wrażliwość pozwalają na obserwację światowych trendów dotyczących epidemiologii szerzenia się szczepów lekoopornych. Należy stale pamiętać, że za narastającą lekoopornością drobnoustrojów nie nadążają ani laboratoria naukowe na świecie, ani przemysł farmaceutyczny, co sprawia, że niektóre stare leki, np. kolistyna, nabrały nowej wartości terapeutycznej. Wprowadzone do terapii w ostatnim dziesięcioleciu nowe leki przeciwbakteryjne, aktywne głównie wobec lekoopornych ziarenkowców Gram-dodatnich (tj. MRSA, VRE), takie jak: linezolid, daptomycyna, ceftarolina, czy też szerokowachlarzowa tygocyklina – obejmująca swym spektrum także lekooporne szczepy pałeczek Gram-ujemnych, nie spełniają wszystkich oczekiwań lekarza zmagającego się z leczeniem ciężkich zakażeń. Niektóre z nich w celu ratowania życia stosowane są poza wskazaniami rejestracyjnymi („off label”).

W przedstawionej monografii lekarze praktycy różnych specjalności podzielili się swoimi doświadczeniami leczenia ciężkich zakażeń u chorych z bardzo poważną chorobą podstawową.

Myślę, że będzie to ciekawa lektura, która pozwoli na porównanie własnych doświadczeń z tego zakresu, a może czasem pomoże w podjęciu decyzji w trudnych sytuacjach.

Chciałabym także zwrócić uwagę, że decyzje dotyczące leczenia zapadają zwykle z udziałem mikrobiologa klinicznego, którego rola w dzisiejszej dobie jest nie do przecenienia.

Życzę zatem owocnej lektury

Prof. dr hab. n. med. Danuta Dzierżanowska