

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ

В.О.Шапринський, І.П.Мельник

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Резюме. У статті наведені основні принципи антибіотикотерапії, шляхи введення антибактеріальних засобів, критерії їх достатності залежно від тяжкості та розповсюдженості перитоніту.

Ключові слова: перитоніт, антибіотик, антибактеріальна терапія.

Ефективність лікування гострого перитоніту (ГП) здебільшого визначається адекватністю антибіотикотерапії. За останні роки арсенал антибіотиків значно розширився, зокрема з'явилися нові високоефективні покоління цефалоспоринов, карбапенемів та фторхінолонів [1-3]. В Україні 2009 року розроблений уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на ГП. Проте навіть при комплексному застосуванні найновітніших антибактеріальних засобів досягнути позитивного ефекту вдається не завжди.

Мета дослідження: визначити ефективність сучасних підходів до вибору антибактеріальної терапії (АБТ) при ГП.

Матеріал і методи. Ефективність клінічного застосування напрацьованих підходів до вибору АБТ оцінено у хворих на різні форми ГП, які перебували на стаціонарному лікуванні у клінічній базі ВНМУ.

Результати дослідження. За результатами досліджень розроблені такі принципи АБТ при ГП: 1) АБТ є обов'язковим компонентом комплексної терапії ГП і лише доповнює хірургічне лікування; 2) АБТ повинна бути спрямована на профілактику інтраабдомінального реінфікування та формування екстраабдомінальних вогнищ інфекції; 3) застосовувані антибактеріальні засоби мають бути не тільки активними відносно етіологічно значущих збудників, а й володіти адекватними фармакокінетичними характеристиками; 4) АБТ повинна проводитися із врахуванням потенційних препаратів резерву, а також тяжкості основного та поєданого захворювань.

Інтраабдомінальна хірургічна інфекція, як правило, характеризувалася полімікробною етіологією за участю широкого спектру мікроорганізмів.

Провідну роль при цьому відігравали грамнегативні збудники (*E.coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp.), псевдомонади, неспоруютьвальні анаероби (*B.fragilis*). Частота виділення грамнегативних мікроорганізмів становить менше 30%. У мікробіологічній структурі інтраабдомінальної інфекції, що розвивалася в післяопераційному періоді або під час перебування хворого в стаціонарі, особливого значення набували нозокоміальні штами та ентерококи, а також *Enterobacter* spp., *P.aeruginosa*. Ці мікроорганізми вирізнялися високою та полівалентною резистентністю до антимікробних препаратів. Тому при виборі схем терапії дотримувалися етапності лікування. Первинне призначення антимікробних препаратів проводилося із врахуванням діагнозу, клінічного перебігу захворювання, фази ГП, передбачуваних збудників та їх прогнозованої чутливості до антибіотиків. Першу корекцію АБТ здійснювали через 24-36 год після забору матеріалу на підставі даних антибіотикограми, повторну – на 3-4 день. Введення антибіотиків починали в передопераційному періоді за 30-40 хв до операції. Перевагу надавали зинацефу в комбінації з метрагілом. При неускладнених формах ГП тривалість АБТ частіше становила до 7 діб, а при ускладнених залежала від її ефективності і, як правило, тривала значно довше. Критеріями достатності АБТ служили: нормалізація температури тіла; стійкий регрес інших ознак системної запальної реакції; позитивна динаміка функціонального стану шлунково-кишкового тракту; ефективне усунення екстраабдомінальних інфекцій. У тяжких випадках (токсична або термінальна фаза ГП), особливо при застосуванні етапних санувальних релапаротомій, тривалість АБТ з

неодноразовими змінами режиму і шляхи введення препаратів (ступінчаста терапія) становила 3-4 тижні. При проведенні АБТ застосовували такі шляхи введення антибактеріальних препаратів: внутрішньовенний, внутрішньом'язовий, внутрішньоартеріальний, регіонарний внутрішньоартеріальний, регіонарний внутрішньоартеріальний з використанням автологічних еритроцитарних тіней, ендолімфатичний, внутрішньоочеревинний, пероральний.

При вторинному перитоніті застосовували такі схеми антибактеріальних препаратів: аміноглікозиди II-III покоління + лінкозаміди; цефалоспорины III покоління + метронідазол; тикарцилін / клавуанат (або піперацилін / тазобактам) + аміноглікозиди; цефоперазон / сульбактам; альтернативні препарати: карбапенеми; фторхінолони + метронідазол. При проведенні АБТ післяопераційного перитоніту (ПП) враховували певні особливості. По-перше, гнійний ПП, особливо інфекційно-токсичний шок потребує термінового призначення антибактеріальних препаратів ще до бактеріологічної діагностики. По-друге, ПП розвивається вже на фоні раніше проведеної антибактеріальної терапії і його виникнення ставить перед лікарем складне завдання заміни режиму цієї терапії. По-третє, для ефективного лікування ПП, зокрема інфекційно-токсичного шоку, виникає необхідність застосування максимальних доз антибактеріальних препаратів. Тому препаратами вибору вважаємо карбапенеми; цефепім + метронідазол; амікацин (або нетилміцин) + метронідазол; тикарцилін / клавуанат або піперацилін / тазо-

бактам; цефоперазон / сульбактам; альтернативні препарати: фторхінолони + метронідазол; тикарцилін / клавуанат (або піперацилін / тазобактам) + аміноглікозиди II-III покоління. При поширеному ГП (токсична, термінальна фази) парентеральне введення антибіотиків поєднували з пероральною селективною деконтамінацією шлунково-кишкового тракту.

Отже, на основі одержаних результатів можна сформулювати такі принципи АБТ при ГП. На початковому етапі показана емпірична терапія – раннє застосування антибіотиків широкого спектру дії до виявлення збудника і визначення його чутливості до певного препарату. При виборі антибіотика слід враховувати локалізацію запального процесу, а також ступінь тяжкості захворювання. На другому етапі ефективним є призначення етіотропної антибіотикотерапії.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. АБТ ГП повинна проводитися з врахуванням найчастіших мікробіологічних збудників інтраабдомінальної інфекції. 2. АБТ ГП доцільно проводити за деескалаційним принципом. 3. У реактивній і токсичній фазах ГП перевагу слід надавати внутрішньовенному шляху введення антибактеріальних засобів, у термінальній фазі ефективним є застосування внутрішньоартеріальної антибіотикотерапії. 4. Рациональне використання оптимальних схем АБТ, а також способів введення антибактеріальних засобів дозволяє оптимізувати програму лікування ГП. 5. Доцільним вважаємо подальшу оптимізацію відомих та обґрунтування нових принципів АБТ ГП.

Література

1. Гостицев В.К. Перитонит / Гостицев В.К., Сажин В.П., Авдovenko П.О. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
2. Савельев В.С. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации / В.С.Савельев, Б.Р.Гельфанд, В.А.Гологорский [и др.] // Анн. хирургии. – 1999. – № 6. – С. 14-18.
3. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / [Сипливы В.А., Дронов А.И., Конь Е.В., Евтушенко Д.В.]. – 2006. – 99 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Резюме. В статье приведены основные принципы антибиотикотерапии, пути введения антибактериальных средств, критерии их достаточности в зависимости от тяжести и распространенности перитонита.

Ключевые слова: перитонит, антибиотик, антибактериальная терапия.

MODERN APPROACHES TO ANTIBACTERIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PERITONITIS

Abstract. The paper submits the basic principles of antibiotic therapy, routes of introducing antibacterial agents, criteria of their sufficiency, depending on the severity and prevalence of peritonitis.

Key words: peritonitis, antibiotic, antibacterial therapy.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Надійшла 28.04.2012 р.

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський (Чернівці)