

УДК 616.381-002:615.2

В.О. Шапринський, М.С. Комаровський

Кафедра хірургії № 1 (зав. – проф. В.О. Шапринський) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

ЕТАПНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ

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

Ключові слова: інтраабдомінальна інфекція, перитоніт, антибактеріальна терапія.

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини, в тому числі в питаннях антибактеріальної терапії (АБТ), лікування інтраабдомінальної інфекції залишається однією з актуальних проблем в хірургії. Серед запальних захворювань органів черевної порожнини (ОЧП) особливе місце займає гострий перитоніт (ГП) з високою летальністю, що досягає 65%. ГП відноситься до групи інтраабдомінальних інфекцій і в 90% випадків є ускладненням різних захворювань органів черевної порожнини. За своєю етіологією ГП є полімікробним захворюванням. Тому успіх у лікуванні ГП забезпечується комплексом лікувальних заходів, одним з яких є адекватна і своєчасна АБТ. На сьогоднішній день існує безліч рекомендацій з лікування хворих на ГП із застосуванням антибактеріальних препаратів із різних груп. Різноманітність цих схем і їх велика кількість є наслідком різноманітної мікробіологічної обстановки, і навіть при застосуванні найновітніших антибактеріальних засобів досягнути позитивного ефекту в лікуванні не завжди вдається [1-4].

Мета дослідження: визначити ефективність етапного підходу до вибору антибактеріальної терапії при гострому перитоніті.

Матеріал і методи. Проведений ретроспективний аналіз 200 історій хвороб пацієнтів з різними формами ГП, які перебували на стаціонарному лікуванні на клінічній базі ВНМУ з 2010 по 2014 роки, а також архівних матеріалів бактеріологічної лабораторії. Вік хворих коливався від 21 до 89 років. Чоловіки становили – 121, жінки – 79. Основними нозологічними причинами ГП були гострий флегмонозний апендицит – 16, гострий гангренозний апендицит – 21, гострий перфоративний апендицит – 18, гострий калькульозний хо-

лецистит – 24, защемлена грижа – 6, гостра кишкова непрохідність – 42, хвороба Крона – 2, перфоративна виразка шлунка – 8, дванадцятипалої кишки – 13, травми ОЧП – 18, перфорація товстої кишки – 26, тонкої кишки – 6.

При проведенні АБТ застосовували такі шляхи введення антибактеріальних препаратів: внутрішньовенний, внутрішньом'язовий, внутрішньоартеріальний, регіонарний внутрішньоартеріальний, регіонарний внутрішньоартеріальний з використанням аутологічних еритроцитарних тіней, ендолімфатичний, внутрішньоочеревинний, пероральний.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш часто мікрофлора проникає в черевну порожнину з кишки, причому склад і перевага окремих мікроорганізмів залежить від стану шлунково-кишкового тракту. АБТ тяжких інтраабдомінальних інфекцій в комплексному лікуванні у хірургічних хворих повинна бути перш за все спрямована на ерадикацію мікроорганізмів з первинного вогнища, зменшення контамінації навколишніх тканин і органів, профілактику формування абсцесів черевної порожнини та інфікування екстраабдомінальних тканин. Тому критерії вибору антибактеріальних препаратів при інтраабдомінальній інфекції залишаються загальноприйнятими і залежать від чутливості мікрофлори до антибіотиків і їх спектру дії. У зв'язку з тим, що в перші три доби після операції збудник був невідомий, то в якості емпіричної терапії ми призначали антибактеріальний препарат широкого спектру дії. При цьому вибір антибіотика залежив не тільки від спектру його дії та фармакокінетичних характеристик, але і від тяжкості стану хворого: чим гірше стан пацієнта, тим спочатку агресивніше була та-

ктика АБТ. У зв'язку з цим при виборі схем АБТ ми дотримувалися етапності призначення.

Первинне призначення антимікробних препаратів проводили 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 за 30-40 хв. до операції. Перевагу надавали зинацефу в комбінації з метрагілом. При неускладнених формах ГП тривалість АБТ частіше становила до семи діб, а при ускладнених залежала від її ефективності і, як правило, тривала значно довше. Критеріями достатності АБТ слугували: нормалізація температури тіла; стійкий регрес інших ознак системної запальної реакції; позитивна динаміка функціонального стану шлунково-кишкового тракту; ефективно усунення екстраабдомінальних інфекцій. У тяжких випадках (токсична або термінальна фаза ГП), особливо при застосуванні етапних санувальних релaparотомій, тривалість АБТ з неодноразовими змінами режиму і шляхи введення препаратів (ступінчаста терапія) становила 3-4 тижні.

Ризик виникнення інтраабдомінальної інфекції багато в чому залежить і від імовірності контамінації черевної порожнини мікроорганізмами під час хірургічного втручання. Така форма захворювання класифікується як вторинний перитоніт, який спостерігається найбільш часто. При вторинному перитоніті застосовували наступні 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 тлі раніше проведеної АБТ 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. Препаратами вибору в даному випадку вважаємо карбапенеми, та наступні комбінації – цефепім + метронідазол; амікацин (або нетилміцин) + метронідазол; тикарцилін / клавуанат або піперацилін / тазобактам; 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.

На основі отриманих результатів лікування різних форм ГП ми сформуваємо наступні підходи до АБТ даної категорії хворих. На початковому етапі хворим показана емпірична терапія – ранне 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. 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. Раціональне використання оптимальних схем АБТ, а також способів введення антибактеріальних засобів дозволяє оптимізувати програму лікування ГП.

Перспективи подальших досліджень. Доцільним вважаємо подальшу оптимізацію відомих та обґрунтування нових принципів АБТ ГП.

Список використаної літератури

1. Ерюхин И.А. Тяжёлая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников // *Consilium medicum*. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 468-472.
2. Спектр та антибіотикочутливість збудників вторинного перитоніту за умов поліогранної недостатності / О.Б. Матвійчук, Я.А. Король, Р.М. Погорецький [та ін.] // *Харківська хірург. школа*. – 2013. – № 1. – С. 39-41.
3. Антибиотикорезистентность и выбор тактики противомикробной терапии хирургического сепсиса / А.Н. Нестеренко [и др.] // *Шпитальна хірургія*. – 2013. – № 2. – С. 93-95.
4. Каминский И.В. Послеоперационный перитонит / И.В. Каминский, Н.Н. Торотадзе // *Клін. хірургія*. – 2008. – № 11-12. – С. 43.

ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

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

Ключевые слова: интраабдоминальная инфекция, перитонит, антибактериальная терапия.

STAGING APPROACH TO THE CHOICE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PERITONITIS.

Abstract. The article presents the basic principles of a staging approach to antibiotic therapy, the ways of administration of antibacterial agents, the criteria of their adequacy depending on the severity and spread of peritonitis.

Key words: intra-abdominal infections, peritonitis, antibacterial therapy.

M.I.Pirogov Vinnytsia National Medical University (Vinnytsia)

Надійшла 24.01.2014 р.
Рецензент – проф. Білоокий В.В. (Чернівці)