

УДК617.55–022.7–085:615.33

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

М. Е. Ничитайло, Л. М. Булик

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, г. Киев

APPLICATION OF COMBINED ANTIBACTERIAL PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF SURGICAL INTRAABDOMINAL INFECTIONS

M. E. Nicbitaylo, L. M. Bulik

РЕФЕРАТ

Обобщен опыт применения комбинированного препарата Ципролет А (ципрофлоксацина 500 мг, тинидазола 600 мг) у 27 пациентов после выполнения реконструктивных операций по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости, а также у 50 больных при деструктивных формах острого холецистита. Преимуществом препарата является возможность его применения в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: интраабдоминальные инфекции; фторхинолоны; Ципролет А.

SUMMARY

Experience of application of combined preparation Ciprolet A (ciprofloxacin 500 mg, tinidazol 600 mg) in 27 patients after performed reconstructive operations for surgical diseases of abdominal organs as well as in 50 patients in destructive forms of an acute cholecystitis was summarized. Possibility of the preparation application in ambulatory conditions constitutes its advantage.

Key words: intraabdominal infections; fluoroquinolones; Ciprolet A.

Лечение хирургических заболеваний органов брюшной полости, вызванных смешанной аэробной и анаэробной микрофлорой, кроме адекватного хирургического вмешательства, требует комплексного подхода и рациональной периоперационной терапии с учетом вида микрофлоры, ее чувствительности к антибактериальным препаратам, а также особенностей санитарно–эпидемического режима лечебного учреждения.

Интенсивная антибактериальная терапия с унификацией путей введения препаратов в раннем послеоперационном периоде (4–7–е сутки) в последующем может быть успешной при применении препаратов этой группы внутрь.

Как показывает клиническая практика, большинство воспалительных заболеваний органов брюшной полости обусловлены поливалентной микрофлорой, как правило, аэробной и анаэробной. Это следует учитывать при планировании тактики антибиотико–профилактики и антибактериальной терапии [1, 2].

В настоящее время резистентность возбудителей инфекций к антибиотикам все чаще заставляет специалистов говорить о недостаточной эффективности новых антимикробных препаратов, способных успешно ее преодолеть и, тем самым, повысить эффективность антибактериальной терапии.

Это особенно актуально в ситуациях, когда идентифицируют ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов.

Эволюция антимикробных препаратов часто сопровождается не только повышением способности их последующих поколений к преодолению резистентности возбудителей, но и расширением спектра антимикробной активности.

В связи с этим назначение "классических" антимикробных препаратов с относительно узким спектром активности, включающим, тем не менее, боль-

шинство этиологически значимых в определенной клинической ситуации патогенов, может оказаться обоснованным как с точки зрения эффективности, так и наличия на рынке Украины качественных и недорогих генериков [2].

В терапии и профилактике хирургических инфекций одним из приоритетных направлений является применение фторхинолонов — группы лекарственных средств, обладающих выраженной противомикробной активностью, широко применяемых в медицине в качестве антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

По механизму действия (ингибирование фермента ДНК-гиразы бактерий, что способствует нарушению репликации ДНК и синтезу белков бактерий) фторхинолоны принципиально отличаются от других антибактериальных препаратов, что обеспечивает их активность в отношении устойчивых, в том числе полирезистентных, штаммов микроорганизмов. Одним из наиболее эффективным фторхинолонов является ципрофлоксацин — препарат широкого спектра действия с хорошей переносимостью и низкой токсичностью, обладающий бактерицидным действием, широкой бактериальной активностью, продолжительным периодом полувыведения.

Ципрофлоксацин с высокой эффективностью используют при инфекциях пищеварительного канала, кожи и мягких тканей, костей и суставов.

Изолированно и в качестве компонента комбинированной терапии препарат с успехом применяют при хирургических, интраабдоминальных инфекциях, а также воспалительных заболеваниях органов малого таза. Несомненным преимуществом ципрофлоксацина, как и всех фторхинолонов, является возможность назначения при нозокомиальных инфекциях дыхательных путей.

Поскольку интраабдоминальные инфекции являются причиной высокой смертности больных, антимикробная терапия таких инфекций требует немедленного начала лечения, которое в первые 2–4 сут (до получения результатов о видах выделенных микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам) является эмпирическим, в связи с чем следует

назначать препараты, эффективные в отношении микрофлоры, обычно наиболее часто выявляемой при интраабдоминальных инфекциях (грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, грамположительные кокки и кишечные анаэробы).

Ципрофлоксацин (Ципролет) в виде ступенчатой терапии (200 мг 2 раза в день) в течение 2–4 сут внутривенно применяли у 27 больных после выполнения реконструктивных операций на желчевыводящих путях, а также у 50 больных при деструктивных формах острого холецистита (см. таблицу).

Внутривенную терапию сочетали с введением антианаэробных препаратов (орнигил, метронидазол, тинидазол) в терапевтических дозах. По окончании внутривенной терапии, начиная с 3–5-х суток после операции, назначали комбинированный препарат Ципролет А (ципрофлоксацин 500 мг, тинидазол 600 мг) внутрь.

Тинидазол — препарат из группы нитроимидазолов. Нитроимидазолы обладают бактерицидным и процистоцидным типом действия и относятся к ДНК-тропным соединениям с избирательной активностью в отношении микроорганизмов, содержащих ферментные системы — нитроредуктазы, способные восстанавливать нитрогруппу. Эти препараты, в отличие от большинства других антимикробных агентов, проявляют свое действие только после трансформации в клетках бактерий. Нитроредуктазы катализируют взаимодействие в микробной клетке белков группы ферридоксина с нитросоединениями.

В результате действия нитроредуктаз в клетке образуются активные метаболиты 5-НИМЗ, которые оказывают бактерицидное и процистоцидное действие. Мишенью этих метаболитов являются ДНК- и РНК-клетки и клеточные белки. Активные восстановленные формы препаратов нарушают репликацию ДНК и синтез белка в микробной клетке. Этот процесс сопровождается образованием свободных радикалов, которые также оказывают повреждающее действие на ДНК.

Спектр действия Ципролета А в отношении анаэробных микроорганизмов: *Bacteroides* spp., в том числе *B. fragilis*, *B. distassons*, *B. ovatus*, *B. thetaiotami*

Характеристика оперативных вмешательств

Операция	Число больных
ЛХЭ при	
флегмонозном холецистите	14
гангренозном холецистите	5
ЛХЭ, наружное дренирование ОЖП	19
ЛХЭ, лапароскопическая холедохолитотомия, наружное дренирование ОЖП	6
ЛХЭ, лапароскопическое удаление нагноившейся кисты яичника	6
Высокая гепатикоюностомия	27
Всего ...	77

Примечание. ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия; ОЖП — общий желчный проток.

cron, B. melaninogenicus, B. vulgatus, B. caccae, B. uniformis; Fusobacterium spp., Eubacterium spp;

Clostridium spp., в том числе Clostridium perfringens, Clostridium difficile; Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp.

Период полуведения тинидазола составляет 12–14 ч, биодоступность 90%, способность связываться с белками 12%, хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер и в грудное молоко.

Ципролет А назначают по 1 таблетке (500 мг ципрофлоксацина, 600 мг тинидазола) 2 раза в сутки за 1 ч или через 2 ч после еды в течение 8–12 сут. При тяжелых инфекциях максимальная доза препарата 3 г.

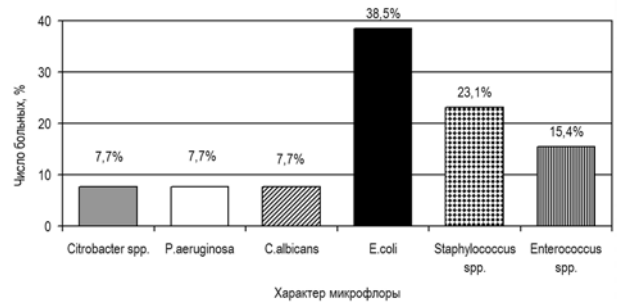
Из 46 больных, у которых проведено микробиологическое исследование желчи и содержимого брюшной полости, возбудители выявлены у 40 (86,9%), несмотря на то, что клинические признаки инфекции были очевидными.

Характер выделенной микрофлоры представлен на рисунке.

Применение Ципролета А в комплексе терапии хирургических абдоминальных инфекций способствовало устранению воспаления в сроки 4–10 сут.

Безусловно, преимуществом препарата является возможность его применения в амбулаторных условиях.

Вследствие низкой резистентности микроорганизмов к фторхинолонам, благоприятного фармако-



Характер микрофлоры при деструктивном холецистите.

кинетического профиля, возможности воздействия на анаэробную и аэробную микрофлору при сочетании применения с тинидазолом, хорошей биодоступности при применении внутрь Ципролет А является препаратом выбора в лечении хирургических инфекций, а также профилактики послеоперационных осложнений в амбулаторной и госпитальной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамчур В. Й. Антибактеріальна терапія та профілактика в хірургії / В. Й. Мамчур, В. І. Десятерик, О. В. Котов. — Кривий Ріг, 2012. — 110 с.
2. Мішалов В. Г. Результати антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії ципрофлоксацином у хворих з гострим калькульозним холециститом і апендицитом / В. Г. Мішалов, Л. Ю. Маркулан, Є. С. Заводовський // Хірургія України. — 2011. — № 4. — С. 93 — 98.

