

ПРИМЕНЕНИЕ ГАТИФЛОКСАЦИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ АППЕНДИЦИТОМ

В.И. Трифонов, А.Е. Бондаренко

Центральная городская больница № 14, Донецк

Резюме. В статье приведены данные об опыте использования гатифлоксацина в лечении больных острым деструктивным аппендицитом. Анализ результатов исследования показал, что добавление гатифлоксацина в схему антибиотикотерапии больных с указанной патологией позволяет улучшить клинические результаты лечения и сократить время пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: антибиотикотерапия, гатифлоксацин, острый деструктивный аппендицит.

ЗАСТОСУВАННЯ ГАТИФЛОКСАЦИУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ДЕСТРУКТИВНИМ АПЕНДИЦИТОМ

В.І. Трифонов, А.Є. Бондаренко

Резюме. У статті приведені дані про досвід використання гатифлоксацину в лікуванні хворих гострим деструктивним апендицитом. Аналіз результатів дослідження показав, що додавання гатифлоксацину в схему антибіотикотерапії хворих з вказаною патологією дозволяє поліпшити клінічні результати лікування і скоротити термін перебування хворого в стаціонарі.

Ключові слова: антибіотикотерапія, гатифлоксацин, гострий деструктивний апендицит.

APPLICATION OF GATIFLOXACIN IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE APPENDICITIS

V.I. Trifonov, A.E. Bondarenko

Resume. In the article the uses of gatifloxacin given about experience are resulted in treatment of patients acute destructive appendicitis. Research results rotined that adding of gatifloxacin to the chart of antibacterial therapy of patients with the indicated pathology allowed to improve the clinical results of treatment and shorten time of stay of patient in permanent establishment.

Key words: antibacterial therapy, gatifloxacin, acute destructive appendicitis.

Адрес для переписки:

Трифонов Владимир Иванович

тел.: 062-203-41-22

E-mail: sergei-teryayev@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

На ряду с интенсивной терапией и хирургическим вмешательством антибиотикотерапия является неотъемлемой частью комплексного лечения больных острым деструктивным аппендицитом. Эмпирическая антибактериальная терапия предполагает назначение антибиотиков при наличии клинических признаков еще до микробиологической верификации возбудителя. Целенаправленную антибиотикотерапию начинают после определения возбудителя и чувствительности его к антибиотикам.

При данной патологии возбудителями являются анаэробы и аэробы, чаще всего грамотрицательные бактерии, кишечная палочка, энтеробактерии.

В настоящее время эффективными схемами антибиотикотерапии считают сочетание цефалоспоринов III–IV поколения или аминогликозида с метронидазолом. Однако такой режим антибиотикотерапии характеризуется слабой антисинегнойной активностью по сравнению с применением фторхинолонов.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2007 по 2009 год в отделении было пролечено 42 пациента с деструктивным аппенди-

цитом. Из них у 12 больных был диагностирован местный гнойный перитонит, у 10 больных — диффузный гнойный перитонит, разлитой гнойный перитонит у 7 больных, у 11 — периаппендикулярный абсцесс.

При поступлении состояние больных оценивалось как средней тяжести и тяжелое. Все больные были оперированы в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом после кратковременной предоперационной подготовки для достижения стабилизации состояния.

В послеоперационном периоде, наряду с антибактериальной терапией, проводилась инфузионная терапия, профилактика послеоперационных осложнений, коррекция сопутствующей патологии. Антибиотикотерапия была начата непосредственно в операционной или была включена в объем предоперационной подготовки, включала в себя цефтриаксон в дозе 2,0 г 2 раза/сутки + метронидазол в дозе 200 мг 2 раза/сутки + гатифлоксацин («Бигафлон», «ЮРИЯ-ФАРМ», Украина) в дозе 400 мг/100 мл внутривенно капельно 1 раз/сутки. 17 больным гатифлоксацин в дозе 400 мг/100 мл вводили внутривенно капельно 2 раза/сутки с последующим переходом на однократный прием, остальным больным вводили

внутривенно капельно 1 раз/сутки. Средняя продолжительность введения гатифлоксацина составила 5–7 суток.

Гатифлоксацин высокоактивен в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий, а также внутриклеточных микроорганизмов. К препарату чувствительны *E. coli*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Hafnia spp.*, *Yersenia spp.*, *Sfaphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Neisseria spp.*, *H. influenzae*, *Brevetella spp.*, *Vibrio spp.*, *Providencia spp.*, *Chlamydia spp.*, *Campylobacter spp.*, *Aeromonas spp.*, *Plesiomonas spp.* Гатифлоксацин также эффективен по отношению к бактериям, продуцирующим β-лактамазы, в том числе неферментирующим бактериям — возбудителям нозокомиальной инфекции, а также атипичным микроорганизмам, таким как *C. pneumoniae*, *C. trachomatis*, *M. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *Ureaplasma spp.* Кроме того, к гатифлоксацину чувствительны микобактерии, *H. pylori*, анаэробы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ретроспективно проведен сравнительный анализ результатов лечения 45 больных со сходной патологией, сравнимых по возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии за тот же период времени, в схему антибиотикотерапии которых входили цефтриаксон и метронидазол без добавления гатифлоксацина.

У больных, схема лечения которых включала гатифлоксацин, отмечена высокая эффективность в лечении острого деструктивного аппендицита. В результате отмечено более быстрое купирование явлений перитонита, сокращение длительности антибиотикотерапии, низкий процент развития послеоперационных легочных осложнений и, в итоге, сокращение длительности пребывания в стационаре на 1,5–2 дня.

При соблюдении режима введения препарата побочных действий не наблюдалось. Внутривенная форма, обеспечивающая 100% биодоступность, возможность введения 1 раз/сутки, широкий спектр антимикробной активности и хорошая

переносимость позволяют использовать гатифлоксацин для инфузий в лечении больных с деструктивным аппендицитом уже на начальных этапах, что положительно сказывается как на клиническом, так и на экономическом эффектах терапии.

ВЫВОДЫ

1. Добавление гатифлоксацина раствора для инфузий в дозе 400 мг/100 мл в схему антибиотикотерапии больных деструктивным аппендицитом обеспечивает улучшение клинических результатов при уменьшении времени пребывания пациента в стационаре.
2. Гатифлоксацин раствор для инфузий в дозе 400 мг/100 мл хорошо переносится больными.
3. На основании вышеприведенных данных, гатифлоксацин рекомендуется к медицинскому применению у больных с острым деструктивным аппендицитом на начальных этапах лечения, что положительно сказывается как на клиническом, так и на экономическом эффектах терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубчиков, М. В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення [Текст] / М. В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія. — 2000. — №1
2. Гельфанд, Б. Р. Абдомінальний сепсис [Текст] / Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич // Рус. мед. журн. — 1998. — Т.6.№11. — С. 697–706.
3. Гучав, И. А. Антибактериальная терапия интраабдоминальной инфекции: роль цефалоспоринов III поколения [Текст] / И. А. Гучав // Антибиотики и химиотерапия. — 2006. — Т.51. №8. — С.10–18.
4. Шалимов, А. А. Инфекционный контроль в хирургии [Текст] // А. А. Шалимов, В. В. Грубник, А. И. Ткаченко [и др.]. — К., 2001. — 182 с.
5. Яковлев, В. П. Рациональная антимикробная антибиотикотерапия [Текст] // В. П. Яковлев, С. В. Яковлев — М.: Литтера, 2003. — 667 с.
6. Антибактериальная терапия: Практик. Руководство / под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — М., 2000. — 190 с.
7. Профилактика гнойно-септических осложнений в стационарах хирургического профиля: методическое пособие / под ред. А. С. Ермолова, Н. Н. Филатова. — М., 1995. — 50 с.