Л.В. Яковлєва, А.О.Васильєва

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Підходи до вибору антибіотиків для сучасного лікування перитоніту

Вступ: Перитоніт - запалення очеревини, проявляється як вторинний патологічний процес, що ускладнює перебіг первинного патологічного процесу, травми або захворювання, яке призвело до утворення запальної або травматичної деструкції органів черевної порожнини.

Перитоніт, як ускладнення гострих захворювань черевної порожнини, що потребують хірургічного втручання, зустрічається у 15-20% хворих, летальність при цьому становить від 6 до 35%. При перфорації порожнинних органів перитоніт виникає у 97.3% пацієнтів, при цьому у 76-92% випадків є причиною летальних випадків.

Мета дослідження: Відносна оцінка результатів наукових досліджень щодо лікування перитоніту та системна інтеграція цих результатів з метою отримання узагальнюючого висновку.

Матеріали і методи дослідження: За допомогою міжнародних баз даних доказової медицини, а саме: ACP Journal Club, Cochrane Library, Clinical Evedence, PubMed, Best Evidence, UpToDate, Evidence-baced medicine (OVID), Scientific American Medicine був проведений пошук інформації про рандомізовані та нерандомізовані дослідження з приводу лікування перитоніту і порівняння закордонної клінічної практики з національною клінічною практикою. Проведено порівняння відповідності лікування перитоніту національним документам: протоколам лікування та Державному Формуляру України.

Результати: В ході роботи ми знайшли багато переконливих даних, які свідчать, що рання адекватна емпірична терапія перитоніту призводить до зниження летальності та частоти ускладнень.

Результати чисельних клінічних досліджень свідчать про те, що при неадекватному виборі стартового режиму антибактеріальної терапії його

корекція в процесі лікування вже не може позитивно вплинути на показники летальності у пацієнтів з гострим перитонітом. Згідно з нормативними документами основною групою препаратів, які використовуються для лікування перитоніту в Україні, в першу чергу, є цефалоспорини.

Однак, за результатами дослідження, яке було проведено у 2003 році: в програму моніторингу були включені 74 центри 23 країн, було виявлено, що чутливість основного патогену (46%) - кишкової палички до фторхінолонів і цефалоспоринів коливається в інтервалі 70-90% і 80-97% відповідно. І лише карбапенеми залишались високоактивними (99-100%) у відношені до ентеробактерій.

Спираючись на дані іноземних досліджень, в Росії було проведено власне багатоцентрове дослідження антибіотикорезистентності збудників перитоніту. В результаті було виявлено, що продукція β- лактамаз розширеного спектру (БЛРС) була у 21% позалікарняних і 59% нозокоміальних штамів. Таким чином, на сьогодні, єдиною групою антимікробних препаратів, до яких відсутня резистентність ентеробактерій, основних збудників перитоніту, є карбапенеми (ертапенем, іміпенем, меропенем).

Висновки: Для цефалоспоринів та фторхінолонів існує пряма залежність між фактом їх застосування і зростанням антибіотикорезистентності навіть до інших класів антимікробних препаратів (АМП). Цефалоспорини є потужними індукторами продукції БЛРС грамнегативними збудниками, але при використанні карбапенемів і комбінацій бета-лактамів з інгібіторами бета-лактамаз, зростання резистентності як до самих використаних АМП, так і до інших антибіотиків спостерігаються набагато рідше. Зростаюча проблема резистентності патогенів до АМП вказує на необхідність перегляду класичних схем АБТ з широким використання комбінацій цефалоспоринів та фторхінолонів з метронідазолом.