

## **БИГАФЛОН В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.**

Фомин П.Д, Лиссов О.И, Козлов С.Н., Сидоренко В.М.

Кафедра факультетской хирургии N2 Национального медицинского университета  
им. А.А.Богомольца

### **ВСТУПЛЕНИЕ.**

Эмпирический подход к антибиотикотерапии в хирургическом стационаре является определяющим, по крайней мере на начальном этапе лечения. От грамотного решения врача в выборе средств и методов стартовой терапии зависит самое главное — удастся ли остановить инфекционный процесс на начальной фазе его развития или же допустить его прогрессирование. Правильная врачебная тактика обуславливает возможность борьбы с внебольничной условно-патогенной микрофлорой, тогда как ее недостаточная эффективность приводит к пролонгации пребывания больного в стационаре и, соответственно, повышает риск присоединения внутригоспитальных патогенов, возможности борьбы с которыми более ограничены. Все сказанное имеет прямое отношение к осложненным внебольничным интраабдоминальным инфекциям, требующих не только оперативного лечения, но и назначения антибактериальных средств [1]. Эти инфекции, как правило, имеют полимикробную этиологию, включающую ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробов и анаэробов. Частота встречаемости анаэробов неодинаково оценивается разными авторами, но главное, что эти микроорганизмы единодушно признаются ведущими возбудителями инфекций брюшной полости и, следовательно, антианаэробный компонент в спектре антибиотика является одним из определяющих критериев в его выборе. Немаловажное значение имеют также фармакокинетика антибактериального препарата, его переносимость и фармакоэкономические аспекты лечения. Применение антибиотиков направлено на предупреждение интраабдоминального реинфицирования и формирование экстраабдоминальных очагов. [2] Даже при наличии микробиологических данных существуют

сложности их клинической оценки, затрудняющие установление ведущего возбудителя. Среди аэробных микроорганизмов при внебольничных интраабдоминальных инфекциях преобладают грамположительные кокки — золотистый стафилококк, обычно чувствительный к метициллину, пиогенный и другие стрептококки. Грамотрицательные микроорганизмы представлены бактериями семейства Enterobacteriaceae — прежде всего *E.coli*, реже другими видами (*Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*) [3]. К сожалению, даже внебольничные штаммы энтеробактерий способны продуцировать различные бета-лактамазы, инактивирующие незащищенные пенициллины и цефалоспорины I—II, а иногда и III поколения. На современном этапе в нашей клинике при выполнении экстренных хирургических вмешательств при перитоните различного генеза стандартной методикой антибиотикотерапии (как профилактической, так и лечебной) является применение минимум двух препаратов - цефалоспорин III поколения и метронидазол. Указанные режимы терапии не лишены недостатков, прежде всего связанных с необходимостью частого введения препаратов. Кроме того, их эффективность в последние годы снизилась в результате более частого выделения микроорганизмов, устойчивых к этим антибиотикам. Поэтому в клинической практике часто назначаются комбинации двух-трех, а иногда и четырех антибактериальных препаратов одновременно. Внебольничные интраабдоминальные инфекции рассматриваются как весьма серьезные заболевания, до сих пор характеризующиеся вариабельной, но высокой летальностью (3—30%). Анализ эффективности различных схем антибиотикотерапии показывает, что при эмпирическом подходе успех стартовой терапии достигается не более чем в 65% случаев [4, 6]. В остальных случаях необходимо назначение антибактериальных препаратов второй линии, иногда — повторное оперативное вмешательство, а часть больных погибает. При неуспехе стартовой терапии значительно удлиняются сроки госпитализации и существенно — в 3—10 раз — возрастает стоимость излечения одного больного (затраты на дополнительные парентеральные антибиотики + новая операция + дополнительные дни пребывания в стационаре). Поэтому интерес представляют

новые антибактериальные средства. К ним относятся фторхинолоны, являющиеся препаратами с повышенной активностью против грамположительных микроорганизмов и анаэробов. По сумме фармакодинамических и фармакокинетических характеристик указанные препараты вполне отвечают критериям, предъявляемым к средствам стартовой эмпирической терапии внебольничных интраабдоминальных инфекций, причем могут назначаться в режиме монотерапии. Из них гатифлоксацин активен против как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов, вводится один раз в сутки и характеризуется хорошей переносимостью [5, 6].

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.**

За последние годы в Киевской городской клинической больнице №12, где расположена база кафедры факультетской хирургии №2 НМУ им. А.А.Богомольца при хирургическом лечении перитонита различной этиологии была принята схема антибиотикотерапии в составе цефалоспорины III поколения (чаще цефтриаксон) и метронидазола. Причем 1г цефтриаксона вводился перед операцией, 100 мл метронидазола во время операции, а затем вводили цефтриаксон 2г - 5-10 суток и метронидазол 300мл - 3-5 суток. В 80-91% случаев эта схема признана достаточной и необходимости в смене антибиотика или повторных вмешательств не возникало. Безусловно, имеются ввиду в основном случаи прогнозируемых заболеваний, а в тяжелых случаях панкреонекроза применялись сочетания более мощных антибактериальных препаратов, таких как сочетания имипенемов с фторхинолонами. В ряде случаев при прогнозируемой антибиотикотерапии более 5 суток приходилось параллельно назначать флюконазол в дозе 150-300 мг. С появлением на рынке Украины новых поколений фторхинолонов (ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин), при лечении деструктивных форм аппендицита, холецистита, перфоративной язвы стало возможным проведение монотерапии этими препаратами с учетом особенности инфекции при данных патологических состояниях. В 2007 году в клинике появился отечественный гатифлоксацин - Бигафлон 400 и 800 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании Юрия-Фарм. Преимущества

данного препарата очевидны - одно-или двухкратное введение, возможность монотерапии, активность в направлении большинства микроорганизмов, высеваемых при перитонитах. Мы провели монотерапию Бигафлоном 23 больным (14 деструктивных аппендицитов, 7 деструктивных холециститов и 2 перфорации язв двенадцатиперстной кишки) в дозировке 400мг/сутки 16 больным и 800мг в 1-е сутки, 400мг в последующие - 7. Следует отметить, что осложнений послеоперационного периода не отмечено ни у одного больного. Кроме того в 14 случаях удалось ограничиться пятидневным курсом терапии, а необходимости в назначении препаратов восстанавливающих кишечную флору не было.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.**

В результате применения препарата Бигафлон 400 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании Юрия-Фарм нужно отметить его высокую эффективность в сравнении с принятыми до сих пор схемами антибиотикотерапии при комплексном лечении абдоминальной инфекции. Как уже отмечено у больных, которым проводилась антибиотикотерапия Бигафлоном, не отмечено послеоперационных осложнений и не было необходимости в назначении флюконазола. Кроме того, чрезвычайно перспективным является проведение монотерапии, при которой препарат вводится 1-2 раза в сутки против 5-6 при других схемах лечения. Очень удобен внутривенный путь введения препарата, на данном этапе в большинстве развитых стран практически не используется внутримышечное введение антибиотиков.

#### **ВЫВОДЫ**

1. Фторхинолоны новых поколений оказывает выраженный клинический эффект у больных с абдоминальной инфекцией при перитонитах различного генеза.
2. Препарат Бигафлон 400 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании Юрия-Фарм хорошо переносится больными, не вызывает негативных изменений.

3. Препарат Бигафлон 400 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании Юрия-Фарм в большинстве случаев абдоминальной инфекции может применяться в виде монотерапии.
4. На основании суммарных показателей Бигафлон 400 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании Юрия-Фарм рекомендуется к медицинскому применению у больных с абдоминальной инфекцией при перитонитах различного генеза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. А. А. Зайцев, О. И. Карпов, А. Ю. Стрекачев Новые возможности антибактериальной терапии инфекций в хирургической практике // АНТИБИОТИКИ И ХИМИОТЕРАПИЯ, – 2003. № 5. – С. 48-50.
2. Яковлев С. В., Мохов О. И., Суворова М. П. Моксифлоксацин: антимикробная активность, фармакокинетика и клиническое применение при внебольничных респираторных инфекциях. // Клин фармакол тер, - 2001N 2, - С.51—56.
3. Praise A. P., Bass S., Cunningham B. et al. An outbreak of enterococcal infection controlled by encouraging quinolone usage. // Clin Microbiol Infect, - 1999N 5(3), - С.309.
4. Palmer CS; Zhan C; Elixhauser A et al. Economic assessment of the community-acquired pneumonia intervention trial employing levofloxacin. // - Clin Ther. - 2000. - 22(2). -С.250-264.
5. Tarshis GA, Miskin BM, Jones TM, e.a. Once-daily oral gatifloxacin versus oral levofloxacin in treatment of uncomplicated skin and soft tissue infections: double-blind, multicenter, randomized study. // Antimicrob Agents Chemother. 2001; 45: 2358-62
6. Wise R. A review of the clinical pharmacology of moxifloxacin, a new 8methoxyquinolone, and its potential relation to therapeutic efficacy. Clin Drug Invest 1999; 17 (5): 365-387.