

ЛЕФЛОЦИН

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МАССИВНЫМИ ГНОЙНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Роль антибактериальных препаратов в терапии гнойно-воспалительных процессов мягких тканей не подлежит сомнению. Однако от выбора средств и методов стартовой терапии зависит, остановится ли инфекционный процесс на начальной фазе своего развития или же произойдет его прогрессирование. Проблема борьбы с инфекционными заболеваниями усложняется тем, что антимикробные лекарственные средства быстро теряют эффективность. Это обусловлено, прежде всего, формированием резистентных к антибиотикам возбудителей. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей, ввиду распространенности их локализации, имеют полимикробную этиологию, включающую ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробов и анаэробов [1, 2].

В последние годы с целью терапии нагноительных процессов применяются различные антибактериальные препараты, однако в большинстве рекомендаций обычно упоминаются антибиотики двух групп: цефалоспорины и полусинтетические пенициллины, причем последние — обязательно в комбинации с ингибиторами β -лактамаз [3]. В настоящее время в хирургических стационарах при терапии тяжелых гнойно-септических процессов применяются антибактериальные лекарственные средства группы фторхинолонов, что обусловлено их широким спектром антимикробной активности, хорошей переносимостью, относительно низкой токсичностью, а также возможностью влиять на несколько очагов инфекции различной локализации одновременно. Длительное время наиболее распространенным из них являлся офлоксацин [4], однако среди возбудителей кожных инфекций преобладают грамположительные штаммы, устойчивые к офлоксацину. В отличие от новых фторхинолонов, полученных путем химического синтеза, левофлоксацин, являясь левовращающим оптическим изомером офлоксацина, был выделен из рацемической формы последнего (офлоксацин — это рацемат, состоящий из правовращающе-

го микробиологически неактивного изомера и левовращающего изомера, обладающего высокой антимикробной активностью, которая и определяет свойства его как противомикробного препарата). Выделенный левовращающий изомер (левофлоксацин) оказался более активным соединением, имеющим более широкий антимикробный спектр, чем офлоксацин [5]. **ЛЕФЛОЦИН** (производства компании "Юрия-Фарм", Украина) высокоактивен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных аэробных микроорганизмов, в том числе пенициллино- и эритромицинорезистентных штаммов пневмококка и β -лактамоположительных штаммов *H. influenzae*. При этом его активность не менее чем в 2 раза выше таковой офлоксацина. Кроме того, **ЛЕФЛОЦИН** обладает высокой активностью в отношении атипичных возбудителей, включая *Legionella* spp., *Chlamidia* spp., *Mycoplasma* spp. [6, 7]. Сравнительная характеристика бактериологической активности **ЛЕФЛОЦИНА** и левофлоксацина европейского производства приводится в табл. 1.

Таблица 1. Антимикробное действие **ЛЕФЛОЦИНА** ("Юрия-Фарм") и левофлоксацина европейского производства

Спектр исследованных микроорганизмов	ЛЕФЛОЦИН						левофлоксацин					
	МПК препарата (в мкг/мл)						МПК препарата (в мкг/мл)					
	5,0	2,5	1,25	0,5	0,25	0,125	5,0	2,5	1,25	0,5	0,25	0,125
<i>E. coli</i>	—	—	—	—	+	++	—	—	—	—	+	++
<i>E. coli</i> № 675	—	—	—	—	+	++	—	—	—	—	+	++
<i>E. coli anaerogenes</i>	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+
<i>E. cloacae</i>	—	—	—	—	+	++	—	—	—	—	+	++
<i>E. aerogenes</i>	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+
<i>P. aeruginosa</i>	++	++	+++	+++	#	#	++	++	+++	+++	#	#
<i>Pseudomonas</i> spp.:												
<i>P. cepacia</i>	—	—	+	+	++	+++	—	—	+	+	++	+++
<i>P. maltophilia</i>	—	—	+	+	++	+++	—	—	+	+	++	+++
<i>P. fluorescens/putida</i>	—	—	+	+	++	+++	—	—	+	+	++	+++
<i>M. morgani</i>	—	—	—	—	+	+	—	—	—	—	+	+
<i>P. rettgeri</i>	—	—	—	—	+	+	—	—	—	—	+	+
<i>P. mirabilis</i>	—	—	—	+	+	++	—	—	—	+	+	++
<i>P. vulgaris</i>	—	—	—	—	+	+	—	—	—	—	+	+
<i>M. catarrhalis</i>	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+
<i>S. aureus</i> (№ 209, шт. "Госсманов")	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>S. aureus</i> (4 штамма)	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>S. epidermidis</i> MRSA	—	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>S. pneumoniae</i>	+++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>E. faecium</i>	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>E. faecalis</i>	—	++	+++	+++	+++	+++	+	++	+++	+++	+++	+++
<i>H. influenzae</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>C. freundii</i>	—	—	—	—	—	++	—	—	—	—	—	++
<i>K. pneumoniae</i>	—	—	—	—	+	++	—	—	—	—	+	++

Примечание: — отсутствие роста культуры; +, ++, +++, # — интенсивность роста культуры.

Материалы и методы

На протяжении ноября-декабря 2005 г. в хирургическом отделении ГКБ № 12 г. Киев, на базе кафедры факультетской хирургии № 2 НМУ, у 27 больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей в качестве антибактериальной терапии применен отечественный препарат **ЛЕФЛОЦИН**. Преимущества данного препарата заключаются в высокой активности по отношению к большинству микроорганизмов, высеваемых из очагов гнойного воспаления. У 9 пациентов наблюдались крупные абсцессы мягких тканей, у 13 — флегмоны мягких тканей, у 2 — гнойно-воспалительные процессы кисти, у 3 — парапроктит.

Всем больным проведена стандартная хирургическая обработка очагов воспаления. Антибактериальная терапия у 23 больных проводилась **ЛЕФЛОЦИНОМ** в дозировке 500 мг в сутки, у 4 — 1 000 мг в сутки (троем с парапроктитом и одному с обширной флегмоной). Результат лечения оценивали по посевам из ран, изменениям характера раневого отделяемого, длительности лечения и антибиотикотерапии. Ретроспективно результаты лечения сравнили с таковыми в рандомизированной по патологии группе больных, которым терапия проводилась либо только цефалоспоридами, либо применялось сочетание цефалоспоринов с метронидазолом.

Результаты и их обсуждение

У больных, которым антибактериальная терапия проводилась **ЛЕФЛОЦИНОМ** (500 мг во флаконах для внутривенного введения), отмечена его высокая эффективность в сравнении с принятыми до сих пор схемами антибиотикотерапии при комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов мягких тканей. Кроме того, чрезвычайно перспективной оказалась монотерапия **ЛЕФЛОЦИНОМ**, при которой препарат вводится 1–2 раза в сутки. Очень удобен внутривенный путь введения препарата (на данном этапе в большинстве развитых стран внутримышечное введение антибиотиков практически не используется).

У 21 из 27 больных исследуемой группы антибактериальную терапию прекратили на 5-е сутки (исключая случаи распространенных флегмон и парапроктитов), что положительно сказалось как на клиническом, так и на экономическом эффекте лечения. Чувствительность высеваемой флоры по

сравнению с дисками цефалоспоринов приводится в табл. 2.

Из приведенных данных следует, что при довольно разнообразной бактериальной обсемененности ран к **ЛЕФЛОЦИНУ** чувствительны все микроорганизмы, в то время как к цефалоспоринолу — наиболее применяемому на данном этапе антибиотику — многие представители флоры устойчивы.

Данные бактериологических исследований подтверждены более быстрым очищением и заживлением ран, что выразилось в сокращении сроков лечения в среднем на 2–4 сут, отсутствием необходимости в продолжительной антибактериальной терапии. Как указывалось выше, при применении **ЛЕФЛОЦИНА** у большинства больных достаточно 5-дневного курса с дозировкой 500 мг 1 раз в сутки, в то время как цефалоспоринолу приходилось вводить 7–10 сут, нередко в сочетании с метронидазолом.

Кроме того, **ЛЕФЛОЦИН** хорошо переносился больными.

Выводы

1. **ЛЕФЛОЦИН** (500 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании "Юрия-Фарм", Украина) оказывает выраженный клинический эффект у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей.
2. Препарат **ЛЕФЛОЦИН** хорошо переносится больными, не вызывает побочных явлений.
3. Препарат **ЛЕФЛОЦИН** при большинстве случаев гнойно-воспалительных заболеваний может применяться в виде монотерапии.
4. На основании результатов исследования **ЛЕФЛОЦИН** можно рекомендовать к применению у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей.

Об авторах:

Фомин П.Д.

Лиссов А.И.,

Сидоренко В.М.,

Козлов С.Н.,

Михальчишина И.В.

Кафедра факультетской хирургии № 2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца

Таблица 2. Микрофлора, выделенная у больных в ходе лечения

	ЛЕФЛОЦИН	Цефалоспорин
<i>S. epidermidis</i>	ч	ч
<i>S. aureus</i>	ч	ч
Streptococcus spp.	ч	у/ч
Грамположительные палочки	ч	ч
<i>P. mirabilis</i>	у/ч	у
<i>E. coli</i>	ч	у
<i>E. faecium</i>	у/ч	у
Citrobacter spp.	ч	у/ч
<i>E. cloacae</i>	ч	у/ч
<i>E. aerogenes</i>	у/ч	у

Примечание: ч — чувствительны,
у/ч — умеренно чувствительны,
у — устойчивы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Palmer C.S., Zhan C., Elixhauser A. et al. Economic assessment of the community-acquired pneumonia intervention trial employing levofloxacin // Clin Ther. — 2000. — Vol. 22 (2). — P. 250–264.
2. Ковальчук В.П., Гуменюк М.І., Біктіміров В.В. та ін. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату Дексану // Вісник Вінницького Національного мед. університету. — 2002. — № 2. — С. 292–294.
3. Богомольца Н.С., Орешкина Т.Д., Большаков Л.И. Профилактика инфекций в хирургии: опыт применения амоксициллин/клавуланата // Клин. опыт. — 2002. — Т. 4, № 2. — С. 3–7.
4. Яковлев В.П., Блатун Л.А., Митиш В.А., и др. Ступенчатое применение левофлоксацина при лечении больных с раневой инфекцией // Инфекция и антимикробная терапия. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 23–28.
5. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Изучение левофлоксацина в России // Инфекция и антимикробная терапия. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 41–45.
6. Мостовой Ю.М. Некоторые аспекты антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии и место в ней "респираторно-ного" фторхинолона левофлоксацина // Укр. химиотерапевт. журн. — 2001. — № 3. — С. 3–7.
7. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Горовенко Л.Г. "Респираторный" фторхинолон левофлоксацин (Таваник®), представитель новых фторхинолонов в лечении инфекционных заболеваний дыхательных путей // Укр. химиотерапевт. журн. — 2001. — № 2. — С. 7–12.