

# ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕФЛОЦИНА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

П.Д.ФОМИН, О.И.ЛИССОВ, С.Н.КОЗЛОВ, В.М.СИДОРЕНКО

/Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца, кафедра факультетской хирургии № 2, Киев/

**Э**мпирический подход к антибиотикотерапии в хирургическом стационаре является определяющим, в частности — на начальном этапе лечения. От грамотного решения врачом вопроса выбора средств и методов стартовой терапии зависит самое главное: удастся ли остановить инфекционный процесс на начальной фазе его развития или же он будет прогрессировать. Правильная врачебная тактика обеспечивает успешность борьбы с внебольничной условно-патогенной микрофлорой, а неправильная — 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, требующим не только оперативного лечения, но и назначения антибактериальных средств [1]. Эти инфекции, как правило, обусловлены полимикробными этиологическими причинами, включающими ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробов и анаэробов. Частота встречаемости анаэробов неоднозначно оценивается разными авторами, но главное — эти микроорганизмы единодушно признаны основными возбудителями инфекций брюшной полости; следовательно, антианаэробный компонент антибиотика является одним из определяющих критериев его выбора. Немаловажное значение имеют также фармакокинетика антибактериального препарата, его переносимость и фармакоэкономические аспекты лечения.

Применение антибиотиков направлено на предупреждение интраабдоминального реинфицирования и формирования экстраабдоминальных очагов [2]. Даже при наличии микробиологических данных существуют сложности их клинической оценки, что затрудняет 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.*) [6]. К сожалению, даже внебольничные штаммы энтеробактерий способны продуцировать различные бета-лактамазы, инактивирующие незащищенные пенициллины и цефалоспорины I–II, а иногда и III поколения.

В настоящее время в нашей клинике при выполнении экстренных хирургических вмешательств при перитоните различной генеза стандартной методикой антибиотикотерапии (как профилактической, так и лечебной) является применение минимум двух препаратов — цефалоспорина III поколения и метронидазола. Указанные режимы терапии не лишены недостатков, прежде всего — связанных с необходимостью частого введения препаратов. Кроме того, в последние годы их эффективность снизилась в результате более частого выделения микроорганизмов, устойчивых к этим антибиотикам. Поэтому в клинической практике часто назначают 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, 5]. В остальных случаях необходимо назначение антибактериальных препаратов второй линии, иногда — повторное оперативное вмешательство; часть больных погибает. При неуспехе стартовой терапии значительно увеличиваются 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. В частности, левофлоксацин активен против как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов, вводится один раз в сутки и характеризуется хорошей переносимостью [3, 4].

## Материалы и методы

В последние 10 лет в Киевской городской клинической больнице №12 на базе кафедры факультетской хирургии №2 НМУ им.А.А.Богомольца при хирургическом лечении больных с перитонитом различной этиологии применяется антибиотикотерапия в составе цефалоспорина III поколения (чаще цефтриаксона) и метронидазола. Причем 1 г цефтриаксона вводится перед операцией, 100 мл метронидазола — во время операции, затем применяют цефтриаксон 2 г в течение 5–10 суток и метронидазол 300 мл — 3–5 суток. В 80–91% случаев эта схема признана достаточной, и необходимости в смене антибиотика или повторных вмешательствах не возникало. Безусловно, имеются в виду в основном случаи прогнозируемых заболеваний; в тяжелых случаях панкреонекроза применялись сочетания более мощных антибактериальных препаратов, таких как имипенемы и фторхинолоны. В ряде случаев при прогнозируемой антибиотикотерапии более 5 суток приходилось параллельно назначать флюконазол в дозе 150–300 мг.

С появлением на фармацевтическом рынке Украины левофлоксацина стало возможным проведение монотерапии этим препаратом при деструктивных формах аппендицита, холецистита, перфоративной язве. В 2005 году в клинике появился отечественный левофлоксацин — **лефлоцин 500 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании “Юрия-Фарм”**. Преимущества данного препарата очевидны: одно- или двукратное введение, возможность использования в виде монотерапии, активность по отношению к большинству микроорганизмов, высеваемых при перитонитах. Мы провели монотерапию лефлоцином у 23 больных (14 случаев деструктивного аппендицита, 7 — деструктивного

холецистита, 2 — перфорации язвы двенадцатиперстной кишки): в дозировке 500 мг/сут — у 9 пациентов и 1000 мг/сут — у 14. Следует отметить, что осложнений послеоперационного периода не отмечено ни у одного больного. Кроме того, в 12 случаях удалось ограничиться пятидневным курсом терапии при отсутствии необходимости в назначении препаратов, восстанавливающих кишечную флору.

### Результаты и их обсуждение

В результате применения препарата лефлоцин 500 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании "Юрия-Фарм" можно сделать вывод о его высокой эффективности в сравнении с принятыми до сих пор схемами антибиотикотерапии при комплексном лечении больных с абдоминальной инфекцией. У пациентов, которые получали антибиотикотерапию лефлоцином, не отмечено послеоперационных осложнений. Кроме того, чрезвычайно перспективным является проведение монотерапии, при которой препарат вводится 1–2 раза в сутки (по сравнению с 5–6 введениями лекарств —

при других схемах лечения). Очень удобен внутривенный путь введения препарата — сегодня в большинстве развитых стран практически не используется внутримышечное введение антибиотиков.

### Выводы

1. Фторхинолоны новых поколений оказывают выраженный клинический эффект при лечении больных с абдоминальной инфекцией при перитонитах различного генеза.
2. Препарат лефлоцин 500 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании "Юрия-Фарм" хорошо переносится больными.
3. Данный препарат в большинстве случаев заболевания перитонитом может применяться в виде монотерапии.
4. На основании суммарных показателей лефлоцин 500 мг во флаконах для внутривенного введения производства компании "Юрия-Фарм" рекомендован к медицинскому применению у больных с абдоминальной инфекцией при перитонитах различного генеза.

### Литература

- [1] Зайцев А.А., Карпов О.И., Стрекачев А.Ю. 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// Клини. фармакология и терапия. – 2001. – №2. – С.51–56.
- [3] Geddes A., Thaler M., Schonwald S. Levofloxacin in the treatment of patients with suspected bacteraemia/sepsis: comparison with imipenem/cilastatin in an open, randomized trial// J. Antimicrob. Chemother. – 1999. – V.44. – С.799–810.
- [4] Kiesslich R., Will D., Hahn M. Ceftriaxone versus Levofloxacin for Antibiotic Therapy in Patients with Acute Cholangitis// J. Gastroenterol. – 2003. – V.41. – С.5–10.
- [5] Palmer C.S., Zhan C., Elixhauser A. Economic assessment of the community-acquired pneumonia intervention trial employing levofloxacin// Clin. Ther. – 2000. – V.22(2). – С.250–264.
- [6] Praise A.P., Bass S., Cunningham B. An outbreak of enterococcal infection controlled by encouraging quinolone usage// Clin. Microbiol. Infect. – 1999. – V.5(3). – С.309.

## ЛЕФЛОЦИН® (левофлоксацин)

Новий антибактеріальний препарат з групи фторхінолонів для внутрішньовенного введення

- широкий спектр дії, включаючи анаеробні, атипичні і полірезистентні форми збудників інфекцій
- швидка і тривала бактерицидна дія
- низька вірогідність розвитку резистентності мікроорганізмів

Р. 07.03/07095 від 09.07.03

*Вірний друг*



## ГЕКОДЕЗ® (для внутрішньовенного введення)

Високоєфективний препарат гідроксиетилкрохмалу з плазмозамінною дією

- посідає протишоковою дією
- коригує гіповолемію
- збільшує об'єм циркулюючої крові
- підвищує артеріальний тиск
- сприяє адекватній гемодилуції

Р. UA/3672/01/01 від 14.09.2005р.

*Неоціненна дія*



**ЮРІЯ-ФАРМ**

ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ», Україна, м. Київ, МСП-680, вул. М. Амосова, 10, тел./факс: (044) 275 9242, 275 0108, e-mail: info@mtk.kiev.ua www.unifarm.com.ua

інтернет-аптека  
**apteka 03 .com.ua**  
швидка фармацевтична допомога  
тел. (044) 270-271-1