

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра хирургических
болезней №2

Роль антибиотиков и методов детоксикации в комплексном лечении перитонита

*Подготовил: Рафаат Алихан .
Группа : 612 - 01
Проверил: Нам. Ч.С*

Алматы 2017

ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

После адекватной хирургической санации очага перитонита, рациональное использование антибиотиков в комплексном лечении абдоминального сепсиса выходит по значимости на первое место. Выбор схемы антибактериальной терапии определяет несколько важных факторов. Первый и один из самых важных — тип перитонита, под которым понимается первичный, вторичный, третичный (таблица 2). Каждый из них характеризуется своим набором микроорганизмов, знание которых позволяет спланировать грамотную эмпирическую терапию. После получения результатов микробиологического исследования проводится корректировка схем антибактериальной терапии, однако только в тех случаях, когда она неэффективна.

Пути введения антимикробных препаратов:

- 1) местный (внутрибрюшной) – через ирригаторы и дренажи;
- 2) 2) общий:
 - а) **Внутривенный**;
 - б) **Внутриартериальный** (внутриаортальный, в чревный ствол, в брыжеечные или сальниковую артерии);
 - в) **Внутримышечный** (только после восстановления микроциркуляции); г) **Внутрипортальный** – через реканализированную пупочную вену в круглой связке печени;
 - д) **Эндолимфатический**:
 - **Антероградный** – через микрохирургически катетеризированный периферический лимфатический сосуд на тыле стопы или депульпированный паховый лимфатический узел.
 - **Ретроградный** - через грудной лимфатический проток. - Лимфотропный внутритканевой – через лимфатическую сеть голени, забрюшинного пространства.

Таблица 2 – Основные возбудители перитонита и используемые антибактериальные препараты (И.А. Ерюхин, С.А Шляпников, 2005)

Тип перитонита	Этиология		Препараты*	
Первичный	Грамотрицательные	<i>E. coli</i> (40%) <i>K. pneumoniae</i> (7%) <i>Pseudomonas</i> sp. (5%) <i>Proteus</i> sp. (5%)	АГ II–III, ЦС III–IV	
	Грамположительные	<i>Streptococcus</i> sp. (15%) <i>Staphylococcus</i> sp. (3%) анаэробы (<5%)		
Вторичный	Грамотрицательные	<i>E. coli</i> <i>Enterobacter</i> sp. <i>Klebsiella</i> sp. <i>Proteus</i> sp.	ЦС III–IV ± антианаэробный препарат, ФХ с анти- анаэробной активностью, карбапенемы	
	Грамположительные	<i>Streptococcus</i> sp. <i>Enterococcus</i> sp.		
	Анаэробы	<i>Bacteroides fragilis</i> <i>Bacteroides</i> sp. <i>Eubacterium</i> sp. <i>Clostridium</i> sp. Анаэробные <i>Streptococcus</i>		
Третичный	Грамотрицательные	<i>Enterobacter</i> sp. <i>Pseudomonas</i> sp. <i>Enterococcus</i> sp.	ЦС IV, карбапенемы	
	Грамположительные	<i>Staphylococcus</i> sp.		Ванкомицин, линезолид
	Грибы	<i>Candida</i> sp.		Флюконазол, итраконазол, амфотерицин В

* Примечание. АГ — аминогликозиды; ЦС — цефалоспорины; ФХ — фторхинолоны. Римскими цифрами обозначены поколения указанных средств.

Первичный перитонит составляет примерно 1 % от всех клинических случаев перитонита. Он развивается у больных, страдающих тяжелыми фоновыми заболеваниями, и основными возбудителями являются пневмококки (*Strept. Pneumoniae*) и грамотрицательные палочки (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*). Как правило, среди возбудителей отсутствуют анаэробные микроорганизмы, и инфекционный процесс вызывается одним возбудителем. Возбудители попадают гематогенным путем или за счет транслокации через стенку кишечника. Наиболее часто используемые препараты: аминогликозиды (гентамицин, амикацин, нетромицин), цефалоспорины III – IV (цефтриаксон, цефтазидим, цефепим)



Вторичный перитонит, наиболее часто встречающийся в клинической практике, вызывается энтеральными грамотрицательными возбудителями и облигатными анаэробами. На выбор антибиотика существенное влияние оказывают следующие факторы. Во-первых, локализация первичного очага. В зависимости от того, является ли источником верхний отдел желудочно-кишечного тракта или нижний, желчевыводящие и мочевыводящие пути, определяется преимущественная микрофлора, вегетирующая в этой зоне. Во-вторых, важнейшим фактором является тяжесть состояния больного и степень органной недостаточности. Оценку этих параметров проводят по широко распространенным шкалам: SAPS (наиболее распространена в Европейских странах) или APACHE II (используется в США и Канаде) и SOFA. Общий принцип заключается в том, что чем тяжелее состояние больного, тем более мощные и менее токсичные антибиотики должны применяться (таблица 3). Использование антибиотиков резерва (цефалоспорины IV поколения, карбапенемы) сразу с момента начала антибактериальной терапии у тяжелой и крайне тяжелой категории²² больных не только обеспечивает лучший прогноз за счет широкого спектра и меньшей токсичности, но и является экономически более выгодным.

MedicalPlanet.ru

— медицина для вас

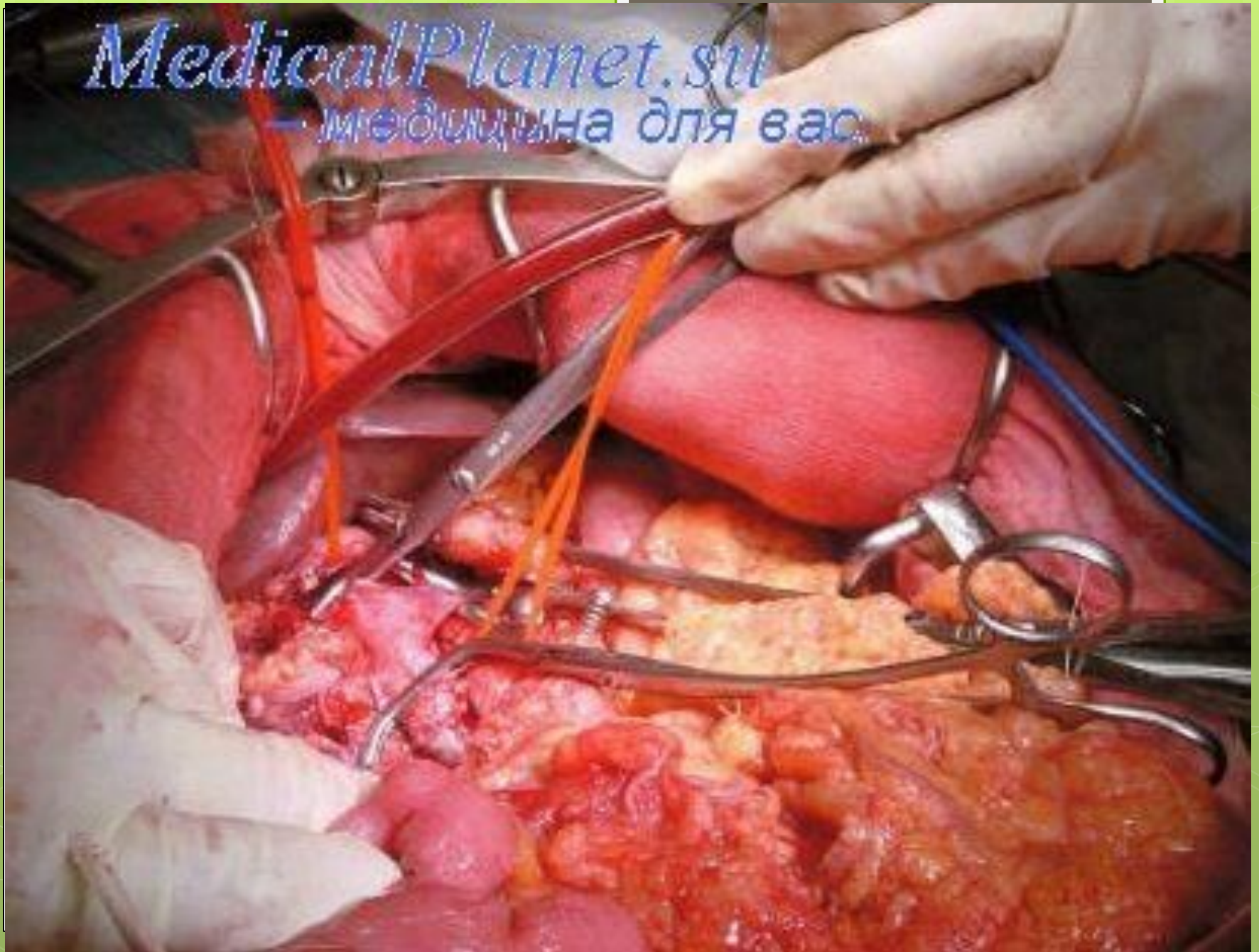


Таблица 3 – Стартовая (эмпирическая) антибактериальная терапия в зависимости от тяжести состояния (И.А. Ерюхин, С.А Шляпников, 2006)

Тяжесть состояния	Схемы антибактериальной терапии
SAPS < 12	<ul style="list-style-type: none"> - Аминогликозид III (Амикацин 1,0, нетромицин 0.4 - 0.6 x 1 раз в/в) + метронидазол или клиндамицин 0,3x3 в/в - Амоксициллина/клавуланат 0,6 - 1,2 x 3-4 в/в - Ампициллина/сульбактам - Цефалоспорины III (цефтриаксон 1.0-2.0x1-2 в/в) + метронидазол или клиндамицин 0,3x3 в/в
SAPS > 12	<ul style="list-style-type: none"> - Цефалоспорины IV (цефепим 1,0-2,0 x 2 в/в) + метронидазол или клиндамицин 0,3x3 в/в - Карбапенемы (Имипинем/циластатин 0,5-1,0 x 3-4 в/в, Меропенем 0,5-1,0x3 в/в)

Одной из самых сложных задач, в том числе и для подбора антибактериальной терапии, является *лечение третичного перитонита*, которые по данным D.Fry, составляют около 10 % от всех перитонитов. Возбудителями в этих ситуациях становятся госпитальные штаммы, вегетирующие в конкретных отделениях интенсивной терапии и общехирургических отделениях. Реальную помощь в выборе антибиотика здесь могут оказать данные эпидемиологического мониторинга за микрофлорой и ее резистентностью. Учитывая достаточно частое участие метициллинрезистентного золотистого стафилококка, препаратом выбора становится *ванкомицин* или *тейкопланин*, (по литературным данным, весьма перспективным является также использование представителя новой группы антибиотиков оксазолидинонов, *линкозамид*- «Зивокс»). Грамотрицательные микроорганизмы перекрываются цефалоспоридами IV поколения (*цефепим*), карбапенемами (*имипинем/циластатин*, *меропенем* – особенно эффективен при инфекциях, вызванных *Pseudomonas aeruginosa*).

При лечении третичного перитонита надо всегда помнить о риске развития системного кандидоза. Использование противогрибковых препаратов в качестве профилактического средства остается до настоящего времени вопросом, не имеющим однозначного решения. Большинство исследователей склоняются к мысли о нецелесообразности приема флюконазола или итраконазола с профилактической целью. **Чрезвычайно широко распространенное мнение о профилактической эффективности нистатина также не соответствует действительности, в связи с его низкой биодоступностью.** Он эффективен лишь при кандидозах слизистых оболочек полости рта и верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Одним из высокоэффективных способов экстракорпоральной детоксикации является плазмаферез. При обменном плазмаферезе, кроме удаления из крови токсичных метаболитов, антител, вазоактивных веществ, иммунных комплексов, микробов и продуктов их деградации, уже в процессе проведения процедуры осуществляется коррекция белкового и электролитного состава крови, а также иммунных нарушений, постоянно сопутствующих тяжелой эндогенной интоксикации.

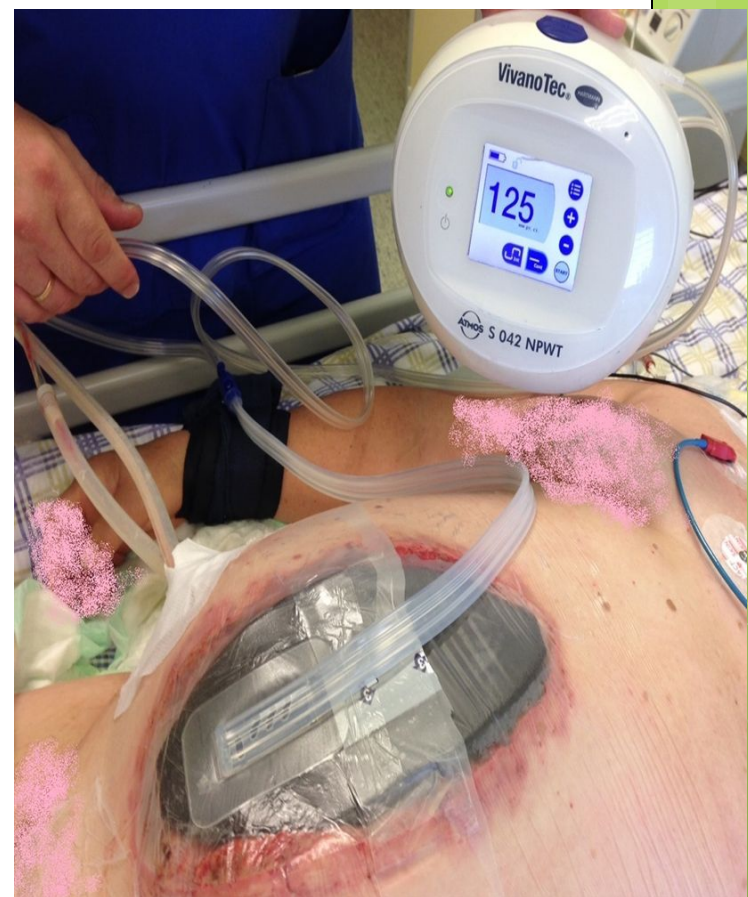


Проведение сеансов обменного плазмафереза при

комплексном лечении распространенного перитонита целесообразно после ликвидации источника перитонита, дренирования гнойных очагов и санации брюшной полости.

Флегмона комиссуральная

Применение обменного плазмафереза в комплексе с запланированной релапаротомией повышает эффективность лечения, так как повторный осмотр предохраняет от неадекватного дренирования и санации брюшной полости, увеличивая тем самым результативность экстракорпоральной детоксикации и уменьшая эндогенную интоксикацию. Поэтому при комплексном лечении больных с острым распространенным перитонитом желательно чередовать запланированную релапаротомию с сеансами обменного плазмафереза каждые 12-72 ч. (в зависимости от тяжести заболевания), что позволяет достичь максимальной детоксикации и стабилизации гомеостаза.



Спасибо за внимание!

