

УДК: 616-08-039.73-74-617-089

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИПРИНОЛА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

У.Р. АБДУЛЛАЕВ, С.Р. БАЙМАКОВ, С.Э. МАМАРАЖАБОВ

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЦИПРИНОЛНИНГ ШОШИЛИНЧ ХИРУРГИЯДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

У.Р. АБДУЛЛАЕВ, С.Р. БАЙМАКОВ, С.Э. МАМАРАЖАБОВ

Тошкент Давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

THE USE OF CYPRINOL IN EMERGENCY SURGERY

U.R. ABDULLAEV, S.R. BAYMAKOV, S.E. MAMARAJABOV

Tashkent State Institute of Dentistry, Republic of Uzbekistan, Tashkent

23 нафар бемор (деструктив аппендицит билан - 14 нафар бемор, деструктив холецистит билан - 7 нафар бемор, ўн икки бармоқ ичак яраси перфорацияси билан - 2 нафар бемор) ларни даволаш натижалари тахлили қилинди. Операциядан кейинги даврда йирингли яллиғланиш асоратлари ривожланиш даражаси ва Ципринол воситасини деструктив аппендицитларда, холециститларда, перфоратив яраларда вена ичига монотерапия кўринишида юборишнинг самарадорлиги ўрганилди.

Ципринол воситаси билан антибиотикотерапия ўтказилган беморларда операциядан кейинги асоратлар кузатилмади. Бундан ташқари, бу препаратни суткасига 1-2 мартадан (антибиотикларни бошқа схемалардагидек 5-6 марта юбориш схемасидан фаркли уларок) вена ичига буюриш келажagi истикболли ҳисобланади.

Калит сўзлар: *Ципринол, антибиотикотерапия, шошилиш хирургия.*

The analysis for the treatment of 23 patients has been carried out (14 cases of destructive appendicitis, 7 destructive cholecystitis, 2-perforation of the duodenal ulcer). The frequency of the pyoinflammatory complications at the patients after operations has been studied as well as the efficiency of the usage of Cyprinol 100 mg in ampoules in the cases of destructive appendicitis, cholecystitis, pyoinflammatory.

No postoperative complications at the patients, who got antibiotic therapy with Cyprinol, has been observed. Besides, the carrying out of the monotherapy at which the injection is given 1-2 times a day (comparing to 5-6 injections within other treatment regimens) is quite perspective.

Key words: *Cyprinol, antibiotic therapy, emergency surgery.*

Эмпирический 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 фармако - экономические 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 β -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 различного генеза стандартной методикой антибиотикотерапии (как профилактической, так и лечебной) является применение минимум двух препаратов - цефалоспорины 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, ципринол активен против как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов, вво-

дится один раз в сутки и характеризуется хорошей переносимостью [3, 4].

Материалы и методы. В последние 3 года в хирургическом отделении III клиники Ташкентской медицинской академии при хирургическом лечении больных с перитонитом различной этиологии применяется антибиотикотерапия в составе цефалоспорины 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 200 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 Узбекистана ципринола стало возможным проведение монотерапии этим препаратом при деструктивных формах аппендицита, холецистита, перфоративной язве.

Преимущество Ципринола 100 мг в ампулах для внутривенного введения очевидно: одно- или двукратное введение, возможность использования в виде монотерапии, активность по отношению к большинству микроорганизмов, высеваемых при перитонитах.

Мы провели монотерапию Ципринолом у 23 больных (14 случаев деструктивного аппендицита, 7 - деструктивного холецистита, 2 - перфорации язвы двенадцатиперстной кишки): в дозировке 200 мг/сут - у 9 пациентов и 400 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 Ципринол 100 мг в ампулах для внутривенного введения 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 Ципринолом, не отмечено послеоперационных осложнений. Кроме того, чрезвычайно перспек-

тивным 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 Ципринол 100 мг в ампулах для внутривенного введения хорошо переносится больными.

3. Данный препарат в большинстве случаев заболевания перитонитом может применяться в виде монотерапии.

4. На основании суммарных показателей Ципринол 100 мг в ампулах для внутривенного введения можно применить 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 СВ., Мохов О.И., Суворова М.П. Моксифлоксацин: антимикробная активность, фармакокинетика и клиническое применение при внебольничных респираторных инфекциях// Клин. 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 in an open, randomized trial // J. Antimicrob. Chemother. - 1999. -V.44.-С. 5-10.
4. Kiesslich R., Will D., Hahn M. Ceftriaxone versus Levofloxacin for Antibiotic Therapy in Patients

with Acute Cholangitis// J. Gastroenterol. - 2003. - V. - С 5 - 10.

5. Palmer C S., Zhan C, Elixhauser A. Economic assessment of the communiti - acquired pneumonie 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.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИПРИНОЛА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

У.Р. АБДУЛЛАЕВ, С.Р. БАЙМАКОВ,
С.Э. МАМАРАЖАБОВ

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Проведен анализ лечения 23 больных (в 14 случаев деструктивного аппендицита, 7 - деструктивного холецистита, 2 - перфорации язвы двенадцатиперстной кишки). Изучена частота возникновения гнойно-воспалительных осложнений у оперированных больных и эффективность применения препарата Ципринол 100 мг в ампулах для внутривенного введения в виде монотерапии этим препаратом при деструктивных формах аппендицита, холецистита, перфоративной язвы.

У пациентов, которые получали антибиотикотерапию Ципринолом, 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.

Ключевые слова: Ципринол, антибиотикотерапия, экстренная хирургия.