



Кифяк П.В.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на стрімкий розвиток хірургічної науки і практики, у питанні розробки стратегії лікування абдомінального сепсису (АС) за останні 100 років прогрес практично відсутній. Відповідно до сучасних уявлень, абдомінальний сепсис є системною реакцією організму у відповідь на розвиток інфекційного (запального) процесу в органах з різною локалізацією в очеревинній порожнині. Принципи патогенетичного лікування та інтенсивної терапії абдомінального сепсису у спрощеному вигляді включають хірургічний контроль інфекційних вогнищ, системну етіотропну терапію (СЕАТ), системну корекцію гомеостазу – синдрому поліорганної дисфункції/недостатності (СПОД/Н) та контроль регуляторно-месенджерних систем організму. Водночас, не зважаючи на крайню актуальність проблеми, СЕАТ у більшості випадків здійснюється безсистемно, недостатньо обґрунтовано, і відповідно, недостатньо ефективно. У зв'язку з вищевикладеним ми задалися метою проаналізувати різних методів системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису та розробити власні підходи до СЕАТ.

Дослідження проводилось у відповідності з вимогами нормативних актів у галузі білетики. Дані мета-аналізу доступних баз даних джерел літератури глибиною 10 років послужили основою для розробки та оцінки ефективності системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. У дослідженні прийняло участь 149 хворих (клініка Буковинського державного медичного університету Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці) на абдомінальний сепсис, розподіл яких здійснювали за ступенями тяжкості та видами системної етіотропної антибактеріальної терапії. Критерії діагнозу та стратифікації – згідно Барселонського консенсусу Міжнародного сепсис-форуму. Найбільш часто використовуваними антибіотиками при монорежимі СЕАТ були фторхінолони II-III-го покоління, карбепенеми, а також сучасні β-лактамі бактерицидні антибіотики (амоксицилін-клавулонат, цефепім, цефтріаксон). Усі зазначені антимікробні засоби володіють дуже широким спектром антимікробної активності, високоактивні по відношенню до більшості Грам+ та Грам– мікроорганізмів з аеробним та анаеробним типом метаболізму. У той же час β-лактамі антибіотики перших поколінь, аміноглікозиди, протигрибкові препарати та інші засоби вузького спектру дії, зокрема метронідазол, у випадку монотерапії АС не застосовувались. Таким чином, для моно СЕАТ доцільно застосовувати тільки препарати достатньо широкого спектру дії, які володіють високою активністю до різноманітних груп мікроорганізмів. Клінічні дані отримані при різних режимах СЕАТ при АС відрізняються досить незначно. При розгляді такого параметра, як термін госпіталізації, встановлено, що тільки у групі з потрійним режимом СЕАТ цей показник був вірогідно вищим ніж у групах СЕАТ×2 та СЕАТ×1. Так, у групі хворих з помірним ступенем тяжкості перебігу АС (група А) при потрійному режимі СЕАТ ліжко-день був вірогідно вищий ніж у відповідної групи з подвійним режимом СЕАТ, а при середньому ступені тяжкості АС ліжкодень достовірно перевищував аналогічний показник групи хворих з монотерапією.

Неможливість негайного визначення патогенів призводить до єдиного можливого шляху здійснення СЕАТ – початку невідкладної емпіричної антимікробної терапії. При цьому слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу АС та тривалість його розвитку. При цьому слід враховувати фармакодинаміку та фармакокінетику препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та крос-реактивності препаратів, сумачії та потенціювання побічних ефектів, що може погіршити статус хворого.