

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Декомпенсированный цирроз печени (ЦП) – тяжелая патология, характеризующаяся невысокой выживаемостью пациентов, в связи с чем особый интерес представляет своевременная диагностика и лечение осложнений у данной категории пациентов. Спонтанный бактериальный перитонит (СБП) – возможно, самое характерное инфекционное осложнение ЦП: по данным литературы, его выявляют у 7-31% пациентов с асцитом во время госпитализации [1,2].

«Золотым стандартом» диагностики СБП считается способ определения возбудителей инфекционного процесса с использованием посева асцитической жидкости на питательные среды для выявления роста микроорганизмов с последующей идентификацией в чистой культуре. Бесспорным достоинством метода является его абсолютная специфичность [2, 3]. Однако чувствительность культурального метода не превышает 25-42%, естественно, что отрицательные результаты посева не могут гарантировать отсутствия бактериемии. Основным методом лечения – эмпирическая антибактериальная терапия, которая проводится внутривенно или внутрь на фоне общих мероприятий (поддержка лечения – адьювантное лечение), профилактики и/или лечения осложнений (наибольшее значение имеют ПСЭ, ГРС, гастроинтестинальное кровотечение). В качестве антибактериальных препаратов 1-го выбора рекомендуются цефалоспорины 3-го поколения, в качестве альтернативных – амоксициллин/клавуланат (или амоксициллин/сульбактам) и фторхинолоны [4].

Цель исследования – установить эффективность амоксициллина/клавуната калия в лечении неосложненного СБП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с ЦП (618 чел.), проходившие стационарное лечение в областном отделении гастроэнтерологии УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» в 2009-2011 гг. Мужчины составили 63,6% (393 чел.), женщины – 36,4% (225 чел.). Возраст пациентов колебался от 40 до 67 лет. Длительность заболевания, согласно анамнестическим данным, составила: менее года – 301 чел. (48,7%), от 1 года до 5 лет – 215 чел. (34,8 %), более 5 лет – 102 чел. (16,5). По этиологическому признаку заболевания пациенты распределились следующим образом: алкогольный ЦП – 31,1%; вирусный ЦП – 17,0%; неуточнённый ЦП – 1,9%. По степени тяжести

ЦП (по Child- Pugh): класс А – 3,9%; класс В – 41,7%; класс С – 54,4%. Наличие асцита отмечено у 474 пациентов (76,7%). Рефрактерный асцит был выявлен у 210 пациентов, что составило 40,0% от всех госпитализированных с циррозом печени и 44,3% от пациентов с асцитом.

Всем пациентам проводилось лабораторное, инструментальное обследование согласно Протоколам диагностики и лечения, принятым в Республике Беларусь. У всех пациентов были исключены вторичные перитониты. В качестве критерия инфицированности применялось определение С-реактивного белка в асцитической жидкости. Лабораторными критериями диагноза СБП считали следующие показатели исследования асцитической жидкости: лейкоциты $> 5,0 \times 10^6/\text{мл}$; нейтрофилы $> 2,5 \times 10^6/\text{мл}$.

В соответствии с Рекомендациями Международного клуба асцита и Протоколами диагностики и лечения проводилась антибактериальная терапия и парацентез с возмещением объема плазмы альбумином. Параллельно с антибиотикотерапией вводили 10–20% раствор альбумина до 200 мл/сутки для нормализации онкотического давления плазмы. Первой группе пациентов антибактериальную эмпирическую терапию проводили цефалоспорином III поколения. Цефотаксим назначался по 2 г. внутривенно 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Второй группе пациентов антибактериальную эмпирическую терапию проводили Амоксициллин/клавулатом калия. Препарат применяли также внутривенно по 1,2 г каждые 6 часов. Лечение продолжалось в течение 7 дней. Эффективность проведения антибактериальной терапии оценивали по снижению содержания нейтрофилов менее 250 кл/мм³ в асцитической жидкости в соответствии с международными рекомендациями. Повторный диагностический парацентез проводили через 72 часа от начала терапии. Критериями же неэффективности считали ухудшение общего состояния пациента и снижение числа нейтрофилов в асцитической жидкости менее чем на 25%.

Результаты. Клинические и лабораторные признаки СБП были выявлены у 358 пациентов, что составило 75,5% от пациентов с наличием асцита и в 100% у пациентов с рефрактерным асцитом. Клинически СБП проявлялся увеличением асцита (100% пациентов), разлитыми болями в животе у 218 пациентов (60,9%), повышением температуры у 258 пациентов (72,1%). Стертая симптоматика наблюдалась у 52 пациентов (14,5 %). Признаки раздражения брюшины отсутствовали у всех пациентов, включенных в исследование. Среди всех пациентов с наличием асцита в 100% был повышен градиент асцитического альбумина $\text{ГАА} \geq 1,1$ г/дл, который указывает на наличие выраженной портальной гипертензии. Содержание СРБ в асцитической

жидкости в первой группе пациентов составило $18,8 \pm 4,5$ г/л, во второй группе $21,2 \pm 3,4$ г/л. Положительный эффект от антибиотикотерапии отмечен у пациентов обеих групп. Однако из числа пациентов, включенных в исследование, один пациент из первой группы умер от перитонита на четвертый день госпитализации. Троим пациентам, получавшим цефтриаксон, в связи с отсутствием должного снижения нейтрофилов при повторном парацентезе (снижение на 11%), был назначен Амоксициллин/клавулатом калия. При приеме данного препарата было отмечено, наряду с улучшением клинических симптомов, снижение нейтрофилов на 27, 31 и 32%, соответственно.

Заключение. Таким образом, несмотря на современные методы диагностики и лечения спонтанного бактериального перитонита, актуальность проблемы на настоящий момент сохраняется, особенно с учетом распространенности патологии печени. На наш взгляд, необходимо более широко использовать новые антибактериальные препараты с целью лечения спонтанного бактериального перитонита.

Литературные ссылки

1. Бугаев А.О. Бактериальная инфекция как осложнение цирроза печени. Рус. мед. журн. 2003; 6 (19): 1264-70.
2. Винницкая Е. В. Спонтанный бактериальный перитонит: новые подходы к диагностике при алкогольном циррозе печени. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2008; 3: 18-24.
3. Лазебник Л.Б., Винницкая Е. В. Спонтанный бактериальный перитонит: проблемы патогенеза. Тер. арх. 2009; 2: 83-85.
4. Силивончик Н.Н. Лихорадка, лейкоцитоз и бактериальные инфекции при циррозе печени // Здоровоохранение 2009; 2: 49-52.
5. Rimola A. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis a consensus document. J Hepatology 2000; 32: 142-53.

Янковская Н.И., Мирко Н.Н.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) продолжают занимать значительное место среди причин неонатальной смертности.