

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

« 12 » *12* 2017 г.

Регистрационный № *040-0617*

**ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

АВТОРЫ:

А.М. Купченко,

д.м.н., профессор В.А. Косинец

Минск, 2017

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц

30.08.2017

Регистрационный № 040-0617

**ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»

АВТОРЫ: А. М. Купченко, д-р мед. наук, проф. В. А. Косинец

Витебск 2017

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен новый метод выбора эмпирической антибактериальной терапии при распространенном перитоните в зависимости от уровня повреждения желудочно-кишечного тракта, позволяющий повысить клиническую эффективность лечения пациентов с данной патологией.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с распространенным перитонитом. Метод, изложенный в настоящей инструкции, может быть использован в учреждениях здравоохранения, оказывающих ургентную хирургическую помощь населению 1–4 уровней.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Медицинские изделия и лекарственные средства для интенсивной терапии распространенного перитонита, применяемые при оказании медицинской помощи пациентам с данной патологией общепринятыми методами:

система инфузионная
шприц инъекционный с иглой однократного применения 5 мл.

Антибактериальные препараты:

амикацин 500 мг/2 мл
имипенем 0,5 флакона
метронидазол 0,5 % 100 мл
метронидазол 250 мг
меропенем 1,0 флакон
цефотаксим 1,0
цефтриаксон 1,0
ципрофлоксацин 0,2 % 100 мл
ципрофлоксацин 0,5.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Распространенный серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный перитонит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Повышенная чувствительность к любому компоненту в составе антибактериальных препаратов.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Назначение эмпирической антибактериальной терапии осуществляется в течение первых часов после оперативного вмешательства, еще до ответа посева перитонеального экссудата на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам. Выбор схемы эмпирической антибактериальной терапии зависит от уровня нарушения целостности желудочно-кишечного тракта и времени поступления пациента в стационар от момента начала заболевания.

I. Для эмпирической антибактериальной терапии распространенного перитонита на 1-м уровне нарушения целостности желудочно-кишечного тракта (перитонит как осложнение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки) при поступлении до 6 ч от начала заболевания назначаются следующие схемы:

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней;

цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутривенно или цефтриаксон 1,0x2 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

При поступлении пациентов с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки более чем через 6 ч после начала заболевания назначается комбинированная антибактериальная терапия.

Препараты 1-го ряда:

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутривенно или цефтриаксон 1,0x2 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней.

Препараты 2-го ряда:

карбапенемы (имипенем 1,0x3 раза/сут внутривенно или меропенем 1,0x3 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

При поступлении пациентов с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки спустя более 24 ч от начала заболевания или пациентов с раком желудка назначается монотерапия карбапенемами:

карбапенемы (имипенем 1,0x3 раза/сут внутривенно или меропенем 1,0x3 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

II. Для эмпирической антибактериальной терапии распространенного перитонита на 2-м уровне нарушения целостности желудочно-кишечного тракта (перитонит как осложнение заболеваний тонкой кишки) назначаются следующие схемы:

Препараты 1-го ряда:

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 3–5 дней, затем перевод на ципрофлоксацин 0,5x2 раза/сут внутрь и метронидазол 0,5x3 раза/сут внутрь в течение 5–7 дней.

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней.

Препараты 2-го ряда:

аминогликозиды (амикацин 1,5x1 раз/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

карбапенемы (имипенем 1,0x3 раза/сут внутривенно или меропенем 1,0x3 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

При поступлении пациентов спустя более 24 ч от начала заболевания назначается монотерапия карбапенемами:

карбапенемы (имипенем 1,0x3 раза/сут внутривенно или меропенем 1,0x3 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

III. Для эмпирической антибактериальной терапии распространенного перитонита на 3-м уровне нарушения целостности желудочно-кишечного тракта (перитонит как осложнение заболеваний толстой кишки) назначаются следующие схемы:

Препараты 1-го ряда:

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин 0,4x2 раза/сут внутривенно) + цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутримышечно или цефтриаксон 1,0x2 раза/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 3–5 дней, затем перевод на ципрофлоксацин 0,5x2 раза/сут внутрь и метронидазол 0,5x3 раза/сут внутрь в течение 5–7 дней.

Препараты 2-го ряда:

цефалоспорины III поколения (цефотаксим 2,0x3 раза/сут внутримышечно) + аминогликозиды (амикацин 1,5x1 раз/сут внутривенно) + метронидазол 0,5 % — 100,0x3 раза/сут внутривенно в течение 5–7 дней;

карбапенемы (имипенем 1,0x3 раза/сут внутривенно или меропенем 1,0x3 раза/сут внутривенно) в течение 5–7 дней.

После выделения возбудителя и определения его чувствительности к антимикробным препаратам целесообразны:

1. Оценка результатов и при необходимости изменение стартовой терапии на основании данных микробиологического исследования.
2. Анализ клинической эффективности проводимой стартовой терапии.
3. Определение длительности терапии с учетом динамики клинической картины.

Данный метод необходимо применять в составе комплексного лечения распространенного перитонита, которое включает:

хирургическое вмешательство с максимально полным устранением источника перитонита;

санацию и дренирование брюшной полости либо программированную лапаростомию;

оптимальную инфузионно-трансфузионную, детоксикационную, иммунокорректирующую и симптоматическую терапию, общепринятыми методами.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Возможны аллергические реакции. Перед началом лечения необходимо тщательно собирать анамнез на наличие реакций повышенной чувствительности к антибактериальным препаратам. При развитии анафилактического шока и других тяжелых аллергических реакциях необходимо проводить соответствующие неотложные лечебные мероприятия.

2. При возникновении индивидуальной непереносимости лекарственного средства необходимо отменить его введение.

3. У пациентов с выраженной почечной и печеночной недостаточностью замедляется экскреция препаратов. Необходимо уменьшить общую суточную дозу препарата в зависимости от степени нарушения, не назначать антибактериальные препараты, оказывающие нефротоксический эффект.

4. Для предупреждения кристаллизации (кристаллурии) при приеме высоких доз антибактериальных препаратов необходимо назначать достаточный объем инфузионной терапии и осуществлять контроль суточного диуреза.

5. При возникновении тяжелой упорной диареи необходимы коррекция антибактериальной терапии и соответствующие лечебные мероприятия.

6. В связи с влиянием некоторых антибактериальных препаратов на показатели крови проводятся контроль гематологических параметров и их своевременная коррекция.

7. Из-за воздействия некоторых антибактериальных препаратов на метаболизм других лекарственных средств необходимо соблюдать осторожность при их одновременном применении и своевременно корректировать дозы.

8. Длительный прием антибактериальных препаратов, несоблюдение суточной дозы и интервала дозирования могут привести к появлению нечувствительных микроорганизмов или дрожжевых грибков. Необходимо строгое соблюдение разовых и суточных доз препарата, а также интервалов дозирования.