



Д.Е. Барковский

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА И АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: антибиотикопрофилактика, антибиотикотерапия, воспалительные заболевания женских половых органов, послеродовые воспалительные заболевания, акушерство, гинекология

В клинической лекции рассмотрены проблемы рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии в акушерско-гинекологической практике.

Повсеместная (даже мировая) озабоченность медицинской общественности степенью достоверности информации привела к появлению основной концепции современной медицины - "медицина, основанная на доказательствах" или "доказательная медицина". Увы, но это так:

- информация, которую доктор ежедневно получает из разных источников не всегда достоверна (данные из Интернета, некоторые периодические печатные издания, материалы конференций, общение с коллегами);

- неформальное общение с коллегами (соотечественниками, а также из стран ближнего и дальнего зарубежья) показывает определённую предубежденность к некоторым публикациям, их заказной характер. Необходимо отметить, что рекомендации зарубежных авторов имеют ряд особенностей, так как зачастую в полном объёме не могут быть использованы в современных отечественных условиях. Особенно это касается оплаты труда среднего медицинского работника, так как в стоимость антибиотикотерапии (/профилактики) включается не только курсовая стоимость препарата (-ов), а и оплата труда медицинского персонала, что находит своё отражение в разработке препаратов с длительным периодом их антимикробного действия. Не всё написанное в них применимо в отечественных условиях.

Антибиотики (антимикробные препараты) – наиболее часто назначаемые препараты в современной медицине, а расходы на антибиотикотерапию занимают 50-60% всех расходов на медикаменты.

Особенности антибиотикотерапии на современном этапе: их назначение не всегда обосновано; их дозы не всегда адекватны; выбор антибиотика не всегда правильный, что приводит к развитию устойчивости микроорганизмов к антибиотикам; развитие антибиотикорезистентности приводит к возникновению внутрибольничной инфекции; в декларативной форме стоит вопрос об ограничении доступа к антибиотикам; эмпирическая терапия может приносить вред; рациональнее проводить терапию на принципах деэскалационной терапии (торговая марка фирмы "Мерк & Со", США).

Анализ данных, приведенных в табл. 1 и табл. 2, показывает, что в случае осложнённого течения болезни ни один из указанных выше микроорганизмов не преобладает. Таким образом, при воспалительных заболеваниях в акушерстве и гинекологии мы всегда имеем дело с ассоциациями аэробных и анаэробных микроорганизмов.

Для понимания особенностей применения антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики необходимо упомянуть о раневой инфекции и о факторах риска её возникновения:

1) **экстрагенитальные факторы:** иммунодефицитные состояния; сахарный диабет; использование

Таблица 1

Этиология гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов

ВЕРОЯТНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ				
ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ АЭРОБЫ			АНАЭРОБЫ	
Грам(+)	Грам(-)	Инфекции, передаваемые половым путём	Грам(+)	Грам(-)
Streptococcus (группа В)	E. coli	N. gonorrhoeae	Clostridium	Bacteroides fragilis
Enterococcus	Klebsiella	Chlamydia trachomatis	Peptostreptococcus	Prevotella species
S. aureus	Proteus	M. hominis		Prevotella bivia
S. epidermidis	Enterobacter	U. urealyticum		Prevotella disiens
	Pseudomonas	Gardnerella vaginalis		Prevotella melaninogenica
				Fusobacterium

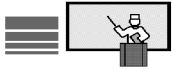


Таблица 2
Структура выделенных патогенов заболеваний органов малого таза, не относящихся к микроорганизмам, которые передаются половым путём

Возбудители	Частота встречаемости, %
Грам(-) неферментирующие бактерии	1,5%
Enterococcus spp.	19,8%
Enterobacteriaceae	33,2%
S. pneumoniae	1,0%
S. viridans	6,4%
S. pyogenes	9,9%
Staphylococcus spp.	9,9%
Анаэробы	18,3%

кортикостероидов; ожирение; гипотрофия; хроническая почечная или печеночная недостаточность; недостаточность кровообращения; инфекции другой локализации (бронхолегочной, мочеполовой систем и др.); анемия; пожилой и старческий возраст; сопутствующие заболевания (3 и более); предшествующее оперативное вмешательство; массивные гемотрансфузии; класс анестезиологического риска 3, 4 или 5.

2) **генитальные факторы:** наличие внутриматочного средства контрацепции (ВМС); предшествующие данной операции внутриматочные вмешательства; наличие хронического сальпингоофорита; наличие бесплодия; наличие хронических рецидивирующих инфекций, передающихся половым путём (трихомоноз, хламидиоз, бактериальный вагиноз, генитальный герпес и др.).

3) **госпитальные факторы:** антибиотикотерапия за несколько дней до операции; длительная (особенно более 5 дней до операции) или повторная госпитализация.

4) **пред- и интраоперационные факторы:** степень микробной обсемененности раны; вирулентность микрофлоры; резистентность микроорганизмов к антибиотикам; состояние местного и общего иммунитета; характер предоперационной подготовки; бритье волос в области вмешательства; предыдущее облучение места вмешательства; техника выполнения операции; операционная травма тканей; длительность вмешательства – 2,5 ч и более; объём кровопотери (более 800-1000 мл); недостаточный гемостаз (кровотечение во время операции или в ближайшее время после неё); гипотензия во время операции; применение инородных материалов (сосудистые и прочие протезы; фиксирующие материалы); недостаточная квалификация хирурга; использование диатермии; инъекции с адреналином; наличие дренажей.

Вместе с этим, основным фактором вероятности

развития раневой инфекции нужно считать степень микробной обсемененности раны.

В зависимости от неё раны подразделяются на: 1) чистые; 2) условно чистые; 3) загрязнённые (контаминированные); 4) грязные (табл. 3).

Особого внимания заслуживает профилактика гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения, факторами риска возникновения которых могут быть: пребывание в отделении интенсивной терапии и реанимации; наличие влагалищного пессария (мнение автора); наличия шва на шейке матки; безводный промежуток более 12 часов; наличие хламидийной инфекции и/или других инфекций, передающихся половым путём; наличие стафилококконосительства; длительная госпитализация в гинекологические отделения в сроках от 4-5 недель до 22 недель беременности (причём в стационары разных лечебно-профилактических учреждений), затем в отделения патологии беременных (тоже разных лечебно-профилактических учреждений), что приводит обсеменению госпитальными штаммами; наличие в анамнезе оплодотворения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий; отягощенным гинекологическим анамнезом (операции по поводу гнойных процессов малого таза; ВМС любого типа; воспалительные заболевания органов малого таза); осложненное течение родов и операции кесарева сечения (кровотечение и др.).

Таким образом, кесарево сечение занимает срединное положение между "условно чистыми" и "загрязнёнными" операциями (риск послеоперационной инфекционных осложнений колеблется между 10% и 20%).

Коллеги возразят?! И это правильно. Ведь мы отстаиваем честь мундира и свои показатели перед вышестоящими инстанциями. Напомню лишь некоторые фразы из историй, которые приходилось рецензировать: "субинволюция матки на фоне гипертермии до 37,5°C и выше"; "лохиометра, обусловленная родами крупным плодом и/или другими причинами"; "инфильтрация в области эпизиотомной раны или послеоперационного шва"; "гематома в области послеоперационного шва"; "инфильтрат ягодичной области"; "заживление вторичным натяжением"; "задерживается в стационаре из-за швов"; "явка в стационар через 3-7 дней для контроля послеоперационной раны".

За этими фразами завуалированы гнойно-воспалительные послеродовые осложнения, что позволяет улучшить годовую отчётность отделения. Опасность данной практики заключается в том, что со временем у врача снижается настороженность к развитию гнойно-септических осложнений, особенно тяжелых, которые имеют серьезные последствия для пациентки и для врача, а их лечение имеет высокую стоимость.



Таблица 3

Классификация акушерско-гинекологических вмешательств в зависимости от риска возникновения инфекционных осложнений

Классификация	Критерии	Риск послеоперационной инфекции	Целесообразность антибиотикопрофилактики
Чистые	- диагностическая гистеро- и лапароскопия; - надвлагалищная ампутация матки; - операции на придатках	до 2%	+/-
Условно чистые	- полостные операции со вскрытием полости матки; - все операции влагалищным доступом; - консервативная миомэктомия; - искусственный аборт; - минимальное нарушение техники выполнения операции.	менее 10%	+
Загрязнённые	- экстренные вмешательства; - повторные чревосечения; - операции при пролапсе гениталий влагалищным доступом; - серьёзные нарушения техники выполнения операции.	приблизительно 20%	+
Грязные	- гнойное воспаление (например, абсцесс); - операции на заведомо инфицированных тканях и органах; - операции со вскрытием просвета кишки; - операции у больных со свищами.	приблизительно 40%	Антибактериальная терапия длительностью 5-7 дней. Интраоперационная профилактика бактериального шока.

Опыт и научные данные показывают, что реальная частота гнойно-септических осложнений в 10 раз превышает официально регистрируемую.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА

Современная концепция антибиотикопрофилактики (АПр) направлена на предупреждение нагноения послеоперационной раны и базируется на следующих принципах:

1) микробная контаминация операционной раны неизбежна: к концу операции в 80-90% случаях раны обсеменены различной микрофлорой, чаще всего стафилококками;

2) АПр не предусматривает полную эрадикацию бактерий: значительное уменьшение числа бактерий предотвращает развитие гнойной инфекции;

3) эффективная концентрация антибиотика в операционной ране должна быть достигнута к началу операции и сохраняться до её окончания;

4) внутривенное введение антибиотика с профилактической целью осуществляется за 30-40 минут до начала операции;

5) повторное введение антибиотика в течение более 24 часов после операции не приводит к повышению эффективности АПр.

Наиболее приемлемыми для АПр в хирургической практике являются (табл. 4):

1) цефалоспорины I или II поколения (цефазолин, цефуросим);

2) ингибиторозащищённые аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам).

Цефалоспорины III поколения не применяются с профилактической целью из-за опасности развития устойчивых штаммов.

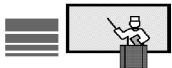
При наличии дренажей является весомым аргументом для прекращения АПр только после удаления дренажей или для перехода от АПр на антибиотикотерапию.

Серьёзный фактор, определяющий эффективность АПр, – это время назначения препарата. Логично, что бактерицидная концентрация антибактериального препарата в тканях операционной раны должна сохраняться в течение всей длительности операции вплоть до момента её окончания (наложение швов). Вместе с этим, не оправдано профилактическое введение антибиотиков задолго до операции, поскольку они не обеспечивают предоперационную стерилизацию больной, а риск появления антибиотико-резистентных микроорганизмов существенно возрастает.

Известно, что:

– решающими для развития послеоперационной инфекции являются первые 3 часа от момента попадания бактерий в рану;

– применение антибиотиков после окончания операции в большинстве случаев является излишним и не ведет к дальнейшему снижению процента инфицирования;



Антибиотики, рекомендуемые для профилактики гнойно-септических осложнений в акушерско-гинекологической практике

Международное название	Лекарственная форма	Режим применения и дозирования	Особенности
Цефазолин	Порошок для инъекций во флаконах 1,0 г	1,0 г в/в (больным более 90 кг – 2,0 г) за 30 мин до разреза кожи, повторно через 4 часа при массивном кровотечении или длительности операции более 3 часов	Цефалоспорин I поколения; преимущественно активен в отношении грамположительных кокков.
Цефуросим	Порошок для инъекций во флаконах 1,5 г	1,5 г в/в (больным более 90 кг – 3,0 г) за 30 мин до разреза кожи, повторно через 4 часа при массивном кровотечении или длительности операции более 3 часов	Цефалоспорин II поколения; преимущественно активен в отношении грамотрицательных бактерий.
Амоксициллин/ клавуланат	Порошок для инъекций во флаконах 1,2 г	1,2 г в/в однократно во время вводного наркоза и при необходимости (при наличии двух или более факторов риска) ещё 2 инъекции в/в по 1,2 г через 6 и 12 часов.	Бактерицидное действие на грам(+) и грам(-) флору; активен в отношении анаэробов и энтерококков.
Ампициллин/ сульбактам	Порошок для инъекций во флаконах 1,5 г	1,5 г в/в однократно во время вводного наркоза и при необходимости (при наличии двух или более факторов риска) ещё 2 инъекции в/в по 1,5 г через 6 и 12 часов.	Тоже
Цефуросим + метронидазол	Порошок для инъекций во флаконах 1,5 г Раствор для инфузии во флаконах 0,5 г (в100 мл)	1,5 г цефуросим в/в (больным более 90 кг – 3,0 г) + 0,5 г (в100 мл) метронидазола в/в за 30 мин до разреза кожи, повторно через 4 часа при массивном кровотечении или длительности операции более 3 часов.	Цефалоспорин II поколения; преимущественно активен в отношении грамотрицательных бактерий. Имидазол; активен в отношении анаэробов.

– ошибочна точка зрения, что продление антибактериальной профилактики на несколько дней после операции не навредит, а, скорее всего, уменьшит риск инфекционных осложнений;

– рациональная АПр снижает частоту послеоперационных осложнений с 20-40% до 1,5-5,0%; а также на 50% снижает число бактериальных осложнений после операций по прерыванию беременности.

Вопрос о пользе АПр решён в мире к концу 70-х годов, а современная дискуссия проходит по следующему вопросу: какой конкретно препарат должен применяться для АПр с точки зрения его клинической и фармакоэкономической эффективности.

В настоящее время под АПр подразумевают одно- или максимум трёхкратное периоперационное введение антибиотика, действующего на основные возможные возбудители раневой и местной инфекции. Показания к АПр должны быть: обоснованные; дифференцированные; взвешенные. АПр должна быть индивидуальна и находиться в зависимости от типа

операции и от факторов риска возникновения раневой инфекции. Факторы риска и тип операции могут, в ряде случаев, переводить АПр в антибиотикотерапию, что имеет неоспоримые преимущества перед традиционной "поздней" терапией в виду наличия мощной периоперационной защиты.

Антибиотик для АПр должен обладать узким спектром активности, направленным на основные, но не все вероятные возбудители послеоперационных осложнений, при этом длительность профилактики должна быть максимально короткой (всего 1 или 3 инъекции). Не следует, да и не возможно, добиться полного уничтожения бактерий - уменьшение их количества уже облегчает работу иммунной системы по предотвращению гнойной инфекции.

Основные требования к антибиотикам для АПр:

– препарат должен быть активным в отношении основных возбудителей послеоперационных осложнений;

– препарат должен быть бактерицидным, с минимальной токсичностью;



- препарат должен хорошо проникать в ткани;
- нельзя использовать антибиотики с бактериостатическим действием (тетрациклины, хлорамфеникол, сульфаниламиды);
- препарат не должен повышать риск кровотечения;
- для профилактики не должны применяться резервные антибиотики, которые используются для антибиотикотерапии (цефалоспорины III и IV поколений, карбапенемы, фторхинолоны, уреидопенициллины);
- препарат не должен взаимодействовать со средствами для анестезии.

Выбор наиболее безопасного антибиотика для профилактических целей является более важной задачей, чем выбор антибиотика для лечения, так как в случае АПр этот препарат назначается всем больным, направляемым на оперативное лечение.

Требованиям АПр из огромного арсенала антибиотиков прежде всего удовлетворяют защищенные пенициллины – β-лактамы антибиотики с фиксированными ингибиторами β-лактамаз (амоксциллин/клавуланат; ампициллин/сульбактам). Преимущества этих препаратов состоят в бактерицидном действии на грам(+) и грам(-) флору при наличии активности в отношении анаэробов и энтерококков.

Цефалоспорины – наиболее широко используемые препараты для АПр, при назначении которых необходимо исходить из степени риска воспалительных осложнений. Применение цефалоспоринов II поколения (бактерицидное действие на часть грам(+) и грам(-) флоры) в виде монопрепарата для профилактики достаточно только при "чистых" операциях (в основном предотвращение раневой инфекции). В остальных случаях целесообразна их комбинация с антианаэробными препаратами, например, метронидазолом.

Фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин), как средство АПр, встречается в литературе. Обусловлено его действием на грам(+) кокковую флору (раневая инфекция), грам(-) флору (эндогенные микроорганизмы, контаминирующие рану при нарушении целостности внутренних органов или слизистых оболочек), частичное влияние на инфекции, передающиеся половым путем.

Рекомендуемые схемы АПр

1. При "чистых" операциях во время вводного наркоза целесообразно однократное в/в введение 1,5 г цефуроксима.

Альтернатива: цефазолин 2,0 г в/в.

2. При "условно чистых операциях" во время вводного наркоза целесообразно однократное в/в введение 1,2 г комбинации амоксициллин/клавулановая кислота.

Альтернатива: в/в введение 1,5 г цефуроксима в сочетании с 0,5 г метронидазолом.

3. При "загрязненных" операциях целесообразно в/в введение 1,2 г комбинации амоксициллин/клаву-

лановая кислота однократно во время вводного наркоза и при необходимости (при наличии двух или более факторов риска) ещё 2 инъекции в/в по 1,2 г через 6 и 12 часов.

Альтернатива: во время вводного наркоза в/в введение 1,5 цефуроксима и дополнительно по 0,75 г в/м через 8 и 16 часов в сочетании интраоперационным в/в 0,5 г метронидазола, а также через 8 и 16 часов.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

Антибиотикотерапия (АТ) – важный дополнительный метод хирургического лечения интраабдоминальных инфекций (основным следует считать хирургическое удаление источника инфекции – при помощи оперативного лечения или рентген-, УЗИ-контролируемых манипуляций, лапароскопии).

Залог успеха оперативного вмешательства:

- хирургический аспект (патогенетическая предоперационная подготовка, рациональна хирургическая тактика, активное ведение послеоперационного периода, бережное отношение к тканям во время выполнения операции, радикальное удаление очага деструкции, минимальная оперативная травма и кровопотеря);
- организационный аспект (теоретическая подготовка кадров, обучение хирургической технике);
- рациональная антибиотикотерапия.

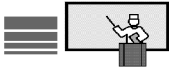
На современном этапе имеются полярные взгляды у акушеров-гинекологов: от полного игнорирования роли антибиотиков (послеоперационные осложнения – это дефекты в работе хирурга) до желания назначать после любой операции "профилактический" курс антибиотиков длительностью от 3 до 7 суток.

Антибиотикотерапия – это полноценный 5-7-дневный курс энергичными дозами антибактериального препарата (-ов), действующего на основные потенциальные возбудители гнойных послеоперационных осложнений.

После любой операции возможно развитие двух основных типов инфекционных осложнений:

- во-первых, это раневая инфекция, в основном связанная с грамположительной флорой кожных покровов (преимущественно золотистого и эпидермального стафилококков), являющихся причиной воспаления подкожной клетчатки у 70-90% больных;
- во-вторых, это инфекция в тканях, непосредственно связанных с зоной оперативного вмешательства (при этом имеет место полимикробный спектр возбудителей и поэтому антибактериальный препарат обязан проявлять активность также в отношении грамотрицательных бактерий и анаэробных микроорганизмов).

Современная концепция АТ – комбинированное применение антибиотиков с целью перекрытия спектра основных, в том числе устойчивых, возбудителей.



Пути введения антибиотиков:

- 1) парентеральный;
- 2) пероральный;
- 3) ступенчатый подход: вначале парентеральный

путь введения, затем переход на парентеральный приём антибактериальных препаратов.

Оптимальная комбинация препаратов (возможна для всех трёх путей введения):

- 1) амоксициллина/клавуланат* + доксициклин;
- 2) амоксициллина/клавуланат* + макролид*;
- 3) фторхинолон + метронидазол.

* – возможно применение у беременных; при лактации; у лиц, планирующих беременность, но не использующих контрацепцию.

Менее приемлемые следующие комбинации антибактериальных препаратов:

- 1) цефалоспорин III поколения + метронидазол (комбинация только для парентерального введения);
- 2) амоксициллина/клавуланат + фторхинолон (комбинация обеспечивает избыточное перекрытие антимикробного спектра, хотя у тяжёлых больных нами очень часто используется из-за низкой стоимости указанных препаратов при спектре действия сопоставимом с антибиотиками резерва).

Резервные парентеральные комбинации:

- 1) клиндамицин + гентамицин + макролид;
- 2) цефалоспорин III поколения + метронидазол + доксициклин.

Госпитальный этап АТ (оптимальная схема): амоксициллина/клавуланат 1,2 г в/в 3-4 раза в сутки + доксициклин 100 мг в/в или перорально 2 раза в сутки.

Критерии прекращения парентерального лечения: должно быть прекращено через 24-48 часов после клинического улучшения; температура меньше 37,5°C; – лейкоциты меньше 10×10⁹/л. Парентеральное лечение прекращается, а далее продолжается пероральная терапия до 14 дней.

Важно помнить, что при наличии тубоовариального воспалительного образования предпочтение отдаётся защищённым пенициллинам, поскольку они обеспечивают элиминацию широкого спектра возбудителей, включая анаэробы.

Альтернативные схемы АТ (госпитальный этап):

схема 1: офлоксацин 400 мг в/в 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг в/в 3 раза в сутки; примечание:

при замене офлоксацина на ципрофлоксацин к проводимому лечению необходимо добавлять доксициклин, поскольку ципрофлоксацин малоэффективен в отношении *Ch. trachomatis*;

схема 2: цефтриаксон 2,0 в/в 1 раз в сутки или цефотаксим 2,0 в/в 3 раза в сутки + метронидазол 500 мг в/в 3 раза в сутки + доксициклин 100 мг в/в или перорально 2 раза в сутки.

Необходимо отметить, что до сих пор не определён оптимальный выбор цефалоспорины II поколения с улучшенной антианаэробной активностью (цефотетан, цефокситин) уступают по указанным параметрам защищённым пенициллинам и нитроимидазолам.

Пероральное лечение (амбулаторное лечение):

схема 1: амоксициллина/клавуланат 825/125 мг перорально 2 раза в сутки + доксициклин 100 мг перорально 2 раза в сутки;

схема 2: цефтриаксон 250 мг в/м однократно или цефотаксим 500 мг в/м однократно + доксициклин 100 мг перорально 2 раза в сутки;

схема 3: офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки + метронидазол перорально 500 мг 2 раза в сутки.

Продолжительность амбулаторного этапа – 14 дней, вместе с этим нет рандомизированных контролируемых исследований, оценивающих оптимальную продолжительность антибактериального лечения.

Примечание: современные пероральные антибактериальные препараты обладают высокой биодоступностью при всасывании из желудочно-кишечного тракта. Наиболее частой причиной, ограничивающей применение пероральных форм, является "комплаенс" или "комплаентность" (перевод с англ.: способность пациента самостоятельно выполнять назначений врача).

Необходимо запомнить, что главное направление современной антибактериальной терапии: "ступенчатая" антибактериальная терапия (табл. 5), которая подразумевает переход с парентеральной на пероральную форму назначения антибиотика после 24-48 часов с момента наступления улучшения клинической симптоматики.

Преимущества данной схемы: возможность последующего амбулаторного долечивания; снижение стоимости лечения.

Таблица 5

Схема "ступенчатой" антибактериальной терапии на примере назначения амоксициллина/клавуланата

<i>Инъекционная форма:</i> амоксициллина/клавуланат 1,2 г × 4 раза в сутки	КЛИНИЧЕСКОЕ УЛУЧШЕНИЕ ⇒	<i>Пероральная форма:</i> амоксициллина/клавуланат 825/125 мг × 2 раза в сутки
--	-------------------------------	--



Частые ошибки при лечении антибактериальными препаратами:

1. **Моноотерапия.** При обнаружении специфического возбудителя (хламидии или др.) антибиотикотерапия направлена только против данного возбудителя, а не против спектра возбудителей, наиболее часто встречающегося при воспалительных заболеваниях органов малого таза.

2. **Переоценка роли внутриклеточных возбудителей.** Гипердиагностика хламидиоза, микоплазмоза, уреоплазмоза и т.д., что приводит к избыточному использованию антибиотиков (последних поколений; со специфическим спектром действия; и др. селективными свойствами). Следствие этого - формирование резистентных микроорганизмов. Микоплазмы и уреоплазмы - обычные комменсалы, в небольших количествах присутствующие в нормальной микрофлоре влагалища. Да, они могут быть участниками воспалительных заболеваний смешанной этиологии, но не требуют специфического лечения, направленного на эрадикацию только данных возбудителей.

3. **Недостаточные дозы и курсы антибактериальных препаратов.**

4. **Отказ от антибактериальной терапии, когда иные методы лечения заменяют основу лечения любой инфекции, а именно – антибактериальную терапию.** Прежде всего, это увлечение иммунокоррекцией; применение препаратов пищеварительных ферментов (энзимотерапия); применение других методов с недоказанной и сомнительной эффективностью.

Нормативные документы Министерства здравоохранения Украины содержат следующие рекомендации по АТ в акушерско-гинекологической практике (Приказ №582 от 15.12.2003 г.): "...медикаментозная терапия острого сальпингоофорита должна включать антибиотики широкого спектра действия, которые одновременно эффективны против основных возбудителей (гонореи, хламидиоза и анаэробных микроорганизмов) (1 уровень доказательности). Основной курс терапии высокими дозами антибиотиков в/в или в/м (кратность и тип парентерального введения зависят от клинической картины) продолжается на протяжении 3-5-7 дней (до исчезновения клинических симптомов и ещё одни сутки после клинического улучшения), с последующим переходом на пероральные схемы, или, при необходимости, сменой антибиотика и путей его введения. Общая длительность лечения должна составлять не меньше 14 дней."

Важно помнить слова из Приказа МЗ Украины №582 от 15.12.2003 г.:

"При невозможности антибактериальной терапии указанными в приказе препаратами, необходимо провести лечение в течение 14 дней антибиотиками, которые эффективны против:

– *Neisseria gonorrhoeae* (фторхинолоны, цефалоспорины, пенициллины);

– *Chlamydia trachomatis* (тетрациклины, макролиды);

– анаэробных бактерий (метронидазол).

При неэффективности консервативной терапии на протяжении 72 часов проводится дальнейшее обследование, пересмотр лечебной тактики и/или оперативное лечение с удалением воспалительного очага и дренированием брюшной полости."

Перспективы организации гинекологической помощи

При амбулаторном лечении достигается значительная экономия денежных средств, при этом не выявлено снижения эффективности лечения.

Исследование PEACH показало, что перевод 85 тысяч пациенток в год со стационарного на амбулаторное лечение позволяет ежегодно экономить до 500 млн. долларов (R. Ness et al., 2002, 2005). Не выявлено отличий по репродуктивным исходам среди пациенток с легким и умеренным течением воспалительных заболеваний малого таза при амбулаторном и стационарном лечении (R. Ness et al., 2005).

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕКЦИИ:

1. Как поступать с пациентками, которым проводилась антибактериальная терапия во время настоящей беременности мощными макролидными антибиотиками (кратность курсов терапии доходит до 3-х включительно, по 10 дней каждый)?

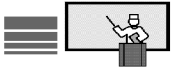
2. Как поступать с пациентками, которым проводилась антибактериальная терапия во время настоящей беременности мощными иммуномодулирующими препаратами, которые используются для лечения тяжёлых иммунодефицитных состояний, для лечения онкологических больных (кратность курсов терапии доходит до 3-х и более на протяжении беременности, по 10 дней каждый)? Необходимо отметить, что в приказах МЗ Украины нет указаний на их применение, а сама беременность является сложным иммунологическим феноменом.

3. Какое влияние оказывает терапия иммуноотропными препаратами:

– на формирование иммунной системы плода, её реактивность и толерантность;

– на степень манифестации инфекционного процесса у ребёнка после рождения (не здесь ли скрываются неудачи в лечении инфекционных процессов у новорожденных; необходимость применения антибиотиков резерва; и др. аспекты диагностики, лечения и реабилитации детей с перинальным инфицированием)?

4. Какой риск возникновения гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний имеет место после внедрения на Украине новых подходов к ведению родов и сопоставим ли он с анонсируемыми показателями в



зарубежных странах? В данном контексте нужно отметить, что в родильном доме необходимо иметь для каждой роженицы и родильницы индивидуальные палаты с индивидуальными санузлами; иначе – даже при тщательном соблюдении санитарно-гигиенических норм сохраняется высокий риск инфекции, который близок к риску при "условно загрязненных" операциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Перинатальная фармакология. - СПб.: Издательство "Logos", 1994. - 464 с.
2. Адамян Л.В. Антибиотикопрофилактика при абортах и "малых" гинекологических операциях // Проблемы репродукции. - 2005. - №4. - С. 45-46.
3. Адамян Л.В., Белобородов С.М., А. Холин Современные принципы антимикробной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // Проблемы репродукции. - 2005. - №6. - С. 31-38.
4. Белобородова Н.В., М.Б. Богданов, Черенькая Т.В. Алгоритмы антибиотикотерапии: Руководство для врачей. - М.: 1999. - 144 с.
5. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практик. Руководство для врачей / Под ред. акад. АМН, проф. Э.К. Айламазяна. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 448с.
6. Гнойная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 2-е изд., доп. - 304 с.
7. "Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги" Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2003 р.
8. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акушерство и гинекология. - 2004. - №1. - С.3-6.
9. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: В 2-х т. Т. 1: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1991. - 656 с.
10. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Рук. для практикующих врачей / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, П.Р. Абакарова, А.Г. Антонов и др.; Под общ. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. - М.: Литера, 2005; 1152 с. - (Рациональная фармакотерапия: сер. рук. для практикующих врачей: Т. 9).
11. Саенко В.Ф., Мазур А.П., Горшевикова Э.В., Медведский Е.Б., Титаренко С.Н. Руководство по антибиотикотерапии. - К.: Четверта хвиля, 2004. - 48 с.
12. Сэнкфорд Дж., Гилберт Д., Гербердинг Дж., Сэнде М. Антимикробная терапия. Карманный справочник. Пер. с англ. - М.: Практика, 1996. - 224 с.

Поступила 12.12.2007г.

Д.Є. Барковський

Рациональна антибіотикопрофілактика та антибіотикотерапія в акушерсько-гінекологічній практиці

В клінічній лекції висвітлено питання щодо раціональної антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії в акушерсько-гінекологічній практиці.

Ключові слова: антибіотикопрофілактика, антибіотикотерапія, запальні захворювання жіночих статевих органів, післяпологові запальні захворювання, акушерство, гінекологія

D.Ye. Barkovsky

Rational an antibiotic preventive maintenance and an antibiotic therapy in obstetric and gynecologic practice

In clinical lecture problems rational an antibiotic preventive maintenance and an antibiotic therapy in obstetric and gynecologic practice are considered.

Key words: antibiotic preventive, antibiotic therapy, inflammatory diseases of female genitals, postnatal inflammatory diseases, obstetrics, gynecology

Сведения об авторах:

Барковський Д.Є., д.мед.н., доцент каф. акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Барковський Дмитрій Євгенєвич, 69002, г. Запорозьке, ул. Глиссерная 20"А", кв. 87. Тел.: (061) 764-53-23