

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Левифлоксацин, при чувствительности к нему микрофлоры, является препаратом выбора для лечения больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, диабетическая стопа, микрофлора, инфекция, гангрена.

Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и мягких тканей являются частыми спутниками сахарного диабета. Особенно тяжело протекают гнойно-некротические процессы на нижних конечностях при осложненном синдроме диабетической стопы (СДС), часто с существенным отягощением основного заболевания и угрозой генерализации инфекции. Инфекция-обычное осложнение формирующихся язв или ран на стопе, именно она во многом определяет тяжесть течения поражений нижних конечностей у таких больных. В условиях нарушенного кровотока инфекция существенно ухудшает прогноз вероятности сохранения конечности или даже самой жизни.

Инфекционный процесс способствует тромбозу уже измененных вследствие атеросклероза артерий, что приводит к прогрессирующей ишемии. В настоящее время гнойно-некротические поражения стоп на фоне СДС остаются наиболее частой причиной нетравматической ампутации нижних конечностей вследствие развития гангрены,

Очевидно, что в таких условиях наряду с хирургическими вмешательствами, направленными на дренирование гнойных очагов и удаление некротических тканей, одним из важнейших звеньев комплексного консервативного лечения является своевременная адекватная антибактериальная терапия.

В исследование были включены 178 больных с осложненным течением синдрома диабетической стопы, госпитализированных в хирургическое отделение в 7-ГКБ г. Алматы с 2008 года по 2012 год.

У всех пациентов отмечены признаки гнойно-некротического поражения стоп: трофические язвы, абсцессы, флегмоны, остеомиелит, гангрена. Обязательным этапом было выполнение оперативных вмешательств на стопе (вскрытие флегмон и абсцессов, некрэктомия, ампутация).

При исследовании посевов из гнойных очагов у 161 (90,4%) больных микробные ассоциации включали от 2 до 5 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 158 (88,7%) человек, только аэробная – у 16 (8,9%). У 4 (2,2%) пациентов рост аэробной флоры не обнаружен.

Нередко вследствие длительного течения раневого процесса у больных сахарным диабетом сохраняется открытая послеоперационная рана, которая определяет постоянный риск реинфицирования госпитальными штаммами. Этим обусловлена необходимость проведения постоянного бактериологического мониторинга раны и длительного назначения антибактериальных препаратов.

Показаниями к проведению антибактериальной терапии у больных с СДС являются следующие клинические признаки: общие проявления инфекции (повышенная температура тела, лейкоцитоз и т.д.); локальные признаки прогрессирующего гнойно-некротического процесса (перифокальный отек, формирование вторичных очагов некроза, гнойное отделяемое, характерный запах и т.д.); наличие целлюлита в глубине раневого дефекта; наличие трофических язв, пенетрирующих на всю глубину мягких тканей до кости, с признаками инфекционного процесса; наличие остеомиелита или артрита с признаками прогрессирования инфекции; ранние восстановительные операции на стопе. Эффективность антибактериальной терапии у больных с осложненным СДС во многом зависит от правильного выбора препарата. Она должна обеспечивать максимальный лечебный эффект при минимальном воздействии на организм больного, страдающего, как правило, тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В качестве препаратов выбора целесообразно использовать фторхинолоны III-IV поколений (левофлоксацин, гатифлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, цефепим), ингибиторозащищенные пенициллины (ко-амоксиклав). Ряд препаратов эмпирической терапии, не действующие на анаэробную микрофлору, следует назначать в сочетании с метронидазолом, мератином. В особо тяжелых случаях (при септическом состоянии) считаем оправданным назначение карбапенемов (имипенем, меропенем).

В нашей клинике наиболее часто в качестве монотерапии применяли: пенициллины с расширенным спектром действия (ко-амоксиклав); фторхинолоны III-IV поколений (левофлоксацин, гатифлоксацин, моксифлоксацин); карбапенемы (меропенем). Из комбинаций антибактериальных препаратов в основном использовали: левофлоксацин + линкомицин (клиндамицин); левофлоксацин + метронидазол; цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефепим) + метронидазол; ванкомицин + метронидазол.

Исходя из собственного клинического опыта, мы считаем, что своевременно начатая адекватная эмпирическая антибактериальная терапия в комплексе с консервативными методами лечения и хирургической санацией гнойного очага позволяет остановить прогрессирование гнойно-некротического процесса, предотвратить распространение инфекции и тем самым избежать повторных хирургических вмешательств и сохранить опорную функцию стопы. В то же время, правильно проводимая комплексная консервативная терапия наряду с хирургическим лечением позволяет сократить показания к назначению антибактериальных препаратов и сроки их использования.

После получения данных микробиологического исследования, в случае необходимости, производят коррекцию антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам – этиотропную антибактериальную терапию.

Чувствительность микроорганизмов, наиболее часто высеваемых из гнойных очагов при осложненном СДС, представлена в таблице. Выбор антибактериальных препаратов и коррекция их дозировки (с учетом чувствительности высеваемых микроорганизмов) осуществлялись в соответствии с рекомендациями производителей и с учетом функционального состояния выделительных органов пациента (почек, печени). Продолжительность антибактериальной терапии у больных с осложненным СДС – до появления отчетливого клинического эффекта – составляла от 10-14 до 30-40 дней. Со второй недели

ее проведения к лечению добавляли противогрибковые препараты (флуконазол, дифлюкан, фуцис и др.) в профилактических дозах. Необходимость замены антибактериальных препаратов возникла:

- при отсутствии клинического эффекта противомикробной терапии в течение 5 дней при условии купирования явлений критической ишемии на стопе и хирургической санации гнойно-некротического очага;
- при появлении новых штаммов микрофлоры в гнойном очаге (реинфицирование раны), не чувствительных к проводимой антибактериальной терапии;
- при развитии осложнений или побочных реакций, связанных с применением данного антибиотика.

Контроль чувствительности высеваемой микрофлоры - обязателен. После отмены антибиотиков дальнейшее лечение открытых ран проводили под повязками с помощью многокомпонентных препаратов на гидрофильной основе или с антисептиками, обеспечивающими высокий антимикробный эффект непосредственно в ране (диоксидин, хлоргексидин, мирамистин, повидон-йод и др.).

Особый интерес в настоящее время представляет так называемая ступенчатая терапия. Учитывая хорошее усвоение современных таблетированных антибактериальных препаратов и ориентируясь на динамику течения раневого процесса, можно сократить сроки введения парентеральной формы лекарства до 3-5 суток, с последующим переводом больного на таблетированную форму. Эта тактика значительно сокращает общие противопоказания к лечению без снижения его качества.

К таким препаратам относится левофлоксацин (Локсоф). Мы применяли его для лечения 45 (21,3%) больных с осложненными формами СДС, у которых выделенная микрофлора была чувствительна к данному препарату. Локсоф получали внутрь 30 больных (по 500 мг 2 раза в сутки), в режиме ступенчатой терапии 15 больных (4-5 суток внутривенно, затем внутрь). Длительность терапии - 10-14 дней. В связи с тем, что у 34 больных выявлялась смешанная аэробно-анаэробная микрофлора, им был назначен левофлоксацин в комбинации с метронидазолом. В результате лечения у всех включенных в исследование пациентов наблюдался положительный клинический эффект, сравнимый с таковым при применении более дорогостоящих схем антибактериальной терапии. У больных снижалась степень тяжести эндотоксикоза: купировалась лихорадка, нормализовалась гемодинамика, достоверно снижался лейкоцитоз при одновременном увеличении относительного и абсолютного количества лейкоцитов.

К.К.КҮРДЕКБАЕВ

АЯҚ БАСЫНДА ДИАБЕТИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ БАКТЕРИЯЛАРҒА ҚАРСЫ ЕМДЕУ

Түйін: Аяқ басында диабетикалық синдромның асқынған түрлері бар науқастарды емдеу үшін левофлоксацин, микрофлоралардың оған сезімталдығы болса, таңдаулы дәрісі болып табылады.

Түйінді сөздер: антибиотикке қарсы ем, диабеттен болған аяқ басы, микрофлора, жұқпа, шіру.

K.K. KURDEKBAYEV

ANTIBACTERIAL THERAPY AT PATIENTS WITH THE SYNDROME OF DIABETIC STOPS

Resume: Levofloxacin, at sensitivity to it of microflora, is a preparation of a choice for treatment of patients with the complicated forms of a syndrome diabetic stops.

Keywords: antibiotic therapy, diabetic foot, microflora, infection, gangrene.