



Ю. В. Волкова

Харьковский национальный
медицинский университет

© Ю. В. Волкова

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИТРАВМОЙ

Резюме. Проведено исследование, целью которого был поиск наиболее оптимального подхода к проведению антибактериальной терапии у геронтологических онкобольных с политравмой, направленный на снижение у них количества вторичных инфекционных осложнений, длительности пребывания в стационаре и летальности. Были обследованы три репрезентативные группы пациентов с разными схемами де-эскалационной антибиотикотерапии. Установлено, что у геронтологических онкобольных с политравмой приоритетным де-эскалационным вариантом антибиотикотерапии является комбинация эртапенем/амикацин, которая позволила достоверно снизить частоту инфекционных осложнений и летальности.

Ключевые слова: геронтологические онкобольные, политравма, антибиотикотерапия.

Вступление

Инфекционные осложнения являются наиболее частыми и тяжелыми среди всех осложнений, возникающих у онкологических больных в процессе лечения [1].

Основными факторами, определяющими процесс развития инфекции, а также эффективность антимикробной терапии (АТ), являются функциональная активность иммунной системы: нарушение клеточного и гуморального иммунитета, повреждение анатомических барьеров [2], а также наличие сопутствующей патологии, нарушение многих видов обмена [1]. В свою очередь, травматическая болезнь (ТБ) — это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения, который включает одновременно начало и развитие нескольких патологических состояний и также характеризуется глубокими нарушениями всех видов обмена веществ [6].

Течение и прогноз ТБ определяют реактивность организма, которая зависит от анатомо-физиологических особенностей каждого пациента [8]. Именно поэтому особого внимания заслуживают геронтологические пациенты с политравмой, у которых возрастные изменения, сопутствующая соматическая патология и наличие онкологического диагноза выдвигают определенные требования к проводимому комплексу интенсивной терапии (ИТ). Поскольку получение такими пациентами сочетанной травмы внезапное и сопровождается комбинацией поврежденных органов из разных анатомо-функциональных областей, важным является подбор рациональной АТ с учетом данных анамнеза и возможного бактериального пейзажа

в отделении ИТ. Если в 1970—1980 гг. основной причиной возникновения инфекций у онкобольных являлись грамотрицательные бактерии, среди которых преобладали кишечная палочка, различные виды клебсиелл, энтеробактеров и псевдомонад, то в конце столетия причиной более 65% из были грамположительные бактерии, такие, как стафилококки, стрептококки, энтерококки [9]. При этом существует мнение, что в настоящее время у онкобольных, имеющих инфекционные осложнения в послеоперационном периоде, отмечается тенденция к возврату утраченных ранее лидирующих позиций грамотрицательных бактерий. Происходит это в основном за счет псевдомонад и синегнойной палочки [5].

Наиболее эффективным методом предупреждения гнойно-воспалительных осложнений у данного контингента больных является адекватная антибиотикопрофилактика, направленная на микроорганизмы, которые с наибольшей степенью вероятности могут вызывать послеоперационные осложнения в раннем посттравматическом периоде [3]. При этом, по данным многих авторов, она заключается в максимально раннем использовании профилактической АТ широкого спектра действия [4]. Принимая во внимание, что на выбор схемы лечения непосредственно влияют знание инфицирующего микроорганизма и результаты антибиотикограммы, что невозможно быстро определить у пациентов с политравмой, нами было проведено исследование, целью которого явился поиск наиболее оптимального комплекса АТ у геронтологических онкобольных с политравмой, направленный на снижение количества вторичных инфекционных осложнений, длительности пребывания пациентов в стационаре и летальности.

Матеріал і методи

Нами були обстежені 72 пацієнта з політравмою, в віці $67,31 \pm 3,41$ років, з тяжкістю пошкоджень за шкалою ISS $34,3 \pm 4,2$ балла, доставлених в стаціонар з місця отримання травми. Всі вони були з супутньою соматичною та онкопатологією, не мали при надходженні ознак інфекційних ускладнень та загострених супутніх захворювань. Для порівняльного аналізу були обрані три групи постраждалих (I, II, III), по 22, 26, та 24 пацієнта відповідно, які достовірно не відрізнялися за статтю, віком, антропометричними даними, характером та ступеню тяжкості пошкоджень, термінам з моменту травми до надходження в стаціонар. Враховуючи особливості патогенезу ТБ та контингент обстежуваних пацієнтів, призначення АТ всім постраждалим здійснювалося згідно мікробіологічного пейзажу та антибіотикорезистентності найбільш часто зустрічаються збудників інфекцій, отриманих безпосередньо в відділенні ІТ [7] та проводилося за де-ескалаційним принципом [11] комбінацією препаратів, спрямованою на боротьбу з максимально можливим спектром мікроорганізмів. При цьому перевагу надавали карбопенемам, цефалоспоринам IV та фторхінолонам IV покоління. Таким чином, пацієнти I групи в комплексі ІТ ТБ з перших діб перебування в стаціонарі отримували цефепім у дозуванні 2 г 3 рази на добу + амікацин 1 г 3 рази на добу, II групи — ертапенем у дозуванні 1 г 1 раз на добу + амікацин 1 г 3 рази на добу, III групи — моксифлоксацин у дозуванні 400 мг 1 раз на добу + амікацин 1 г 3 рази на добу. З метою розширення початкового спектра антибактеріальних препаратів всім пацієнтам з перших діб призначали метронідазол у дозуванні 500 мг 3 рази на добу; з метою профілактики грибкової інфекції — флюконазол 50 мг на добу. Матеріалом для дослідження збудників інфекцій дихальних шляхів та легень були аспірат трахеобронхіального дерева, сечовивідних шляхів — проби сечі, отримані за допомогою катетера, раневої інфекції — раневе отделяєме, ексудати порожнин, бактеріємії — парні проби крові з різних вен. Доставка матеріалу в лабораторію здійснювалася не пізніше 3 годин з моменту забору. Для визначення чутливості штамів мікроорганізмів до антибіотиків використовували диск-дифузійний метод, ґрунтуючись на рекомендації Національного комітету з клінічними лабораторними стандартами (NCCLS, США, 2003) [10], диски з антибіотиками компанії (AB Biodisc, Швеція), агар Мюллера—Хінтона (BioMerieux, Франція). Ідентифікація збудників проводилася експрес-методом шляхом мікроскопії та підрахунку всіх різновидностей колоній мікроорганізмів з урахуванням їх морфологічних та культуральних властивостей. Використані набори дис-

ків з антибіотиками відповідали переліку лікарських препаратів, застосовуваних в стаціонарі, в тому числі використовуваних в дослідженні. Також було проведено статистичний аналіз порівняння даних мікробіологічного дослідження з клініко-лабораторними показателями в динаміці. Для оцінки достовірності відмінностей використовували t-критерій Стюдента з поправкою Бонферроні.

Результати дослідження та їх обговорення

Результатами дослідження доведено, що середня частота інфекційних ускладнень в I групі постраждалих становила $54,2 \pm 4,8\%$, в III — $56,6 \pm 5,2\%$. Во II групі пацієнтів вона становила $43,1 \pm 2,9\%$ та була достовірно ($p < 0,05$) нижче за відношенням до груп I та III (рис. 1). Розвиток інфекційних ускладнень сприяв подовженню термінів госпіталізації хворих I групи з $22,2 \pm 5,1$ до $37,2 \pm 1,3$ койко-днів, III — $20,6 \pm 8,2$ до $36,3 \pm 5,8$ койко-днів. Во II групі пацієнтів цей показник становив $16,7 \pm 2,8$ до $28,7 \pm 2,2$ койко-днів, що достовірно ($p < 0,05$) було нижче даного показника в групах I та III (рис. 1). При цьому частота летальних результатів во II групі була недостовірно нижче, ніж у решти постраждалих та становила в середньому $13,1 \pm 1,1\%$, $11,5 \pm 0,8\%$, $13,3 \pm 0,8\%$ у пацієнтів в I, II та III групах відповідно (рис. 1).

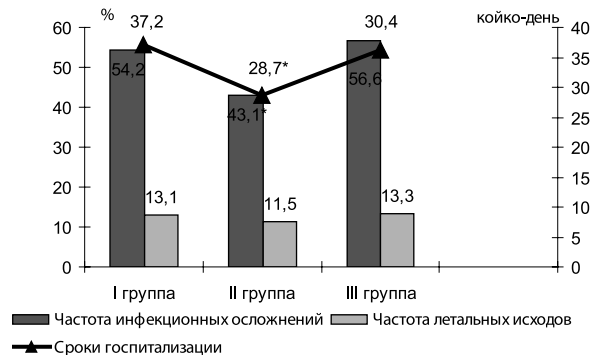


Рис. 1. Частота інфекційних ускладнень, летальних результатів та середньоміжмаксимальні терміни госпіталізації у обстежуваних постраждалих

Висновки

1. Особливістю розвитку інфекційних ускладнень у геронтологічних онкохворих з політравмою є наявність в момент отримання ними травми імуносупресії в поєднанні з зниженими адаптивними можливостями старіючого організму.
2. Інфекційні ускладнення у геронтологічних онкохворих з політравмою характеризуються тривалістю течії та тяжкістю клінічних проявів.
3. По результатам дослідження найбільш оптимальним при початковій антибактеріальній терапії травматичної хвороби у геронтологічних



онкобольных с политравмой является эмпирическое назначение комбинации эртапенем + амикацин, что позволило достоверно снизить сред-

ние показатели частоты развития инфекционных осложнений, летальных исходов и длительности койко-дней у обследуемых пострадавших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфонд В.М. Инфекционные осложнения у онкологических больных / В.М. Гельфонд//Практическая онкология. — 2009. — Т. 10, №3. — С. 141—146.
2. Давыдов М.И. Нозокомиальные инфекции у онкологических больных / М.И. Давыдов, Н.В. Дмитриева//Сопроводительная терапия в онкологии. — 2006. — №1. — С. 2—8.
3. Дмитриева Н.В. Антибиотикопрофилактика послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных / Н.В. Дмитриева, И.Н. Петухова//Клиническая антимикробная химиотерапия. — 1999. — Т. 1, №1. — С. 12—17.
4. Инфекция в хирургии повреждений / Е.К. Гуманенко, В.Ф. Лебедев, С.В. Гаврилин, В.В. Бояринцев//Матер. II Всероссийской конференции общих хирургов. — Ростов-на-Дону; Анапа, 2005. — С.207—210.
5. Митрохин С.Д. Цефепим в лечении тяжелых инфекций у онкологических больных / С.Д.Митрохин//Инфекции и антимикробная терапия. — 2001. — №3 (3). — С. 82—89.
6. Травматическая болезнь и ее осложнения; под ред. С.А. Селезнева, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапота, А.А. Курыгина. — СПб: Политехника, 2004. — 414 с.
7. Усенко Л.В. Современные подходы к рациональной антибактериальной терапии в условиях ОРИТ (методические рекомендации) / Л.В. Усенко. — Днепропетровск: ДГМА, 2002. — 28 с.
8. Чеснокова И.Г. Изменения в иммунной системе при травматической болезни (клинико-патогенетическое, прогностическое значение и коррекция) / И.Г. Чеснокова//Иммунология. — 2000. — №6. — С. 39—42.
9. Dellinger E.P. Approach to the patient with postoperative fever / E.P.Dellinger//In: S.Gorbach, J.Bartlett, N.Blacklow. Infectious disease in medicine and surgery. — Philadelphia: W.B.Saunders, 1998. — P. 903—909.
10. NCCLS Performance Standarts for Antimicrobial Susceptibility Testing//Eleventh Informational Supplement, M100-S11. — 2003. — №21(1).
11. The textbook of Febrile Neutropenia; Ed.: Rolston K.V.I. and Rubenstein E.B.//Martin Dunitz, 2001. — 341 p.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ПОЛІТРАВМОЮ

Ю. В. Волкова

Резюме. Проведено дослідження, метою якого був пошук найбільш оптимального підходу до проведення антибактеріальної терапії у геронтологічних онкохворих з політравмою, спрямований на зниження кількості у них вторинних інфекційних ускладнень, тривалості перебування у стаціонарі й летальності. Було обстежено три репрезентативні групи пацієнтів із різними схемами де-ескалаційної антибіотикотерапії. Установлено, що у геронтологічних онкохворих із політравмою пріоритетним де-ескалаційним варіантом антибіотикотерапії є комбінація ертапенем/амікацин, що дозволила вірогідно знизити частоту інфекційних ускладнень і летальності.

Ключові слова: геронтологічні онкохворі, політравма, антибіотикотерапія.

THE DIFFERENTIATIVE APPROACH TO CHOICE OF THE ANTIBIOTIC THERAPY IN CANCER ELDERLY PATIENTS WITH MULTIPLE INJURIES

Yu. V. Volkova

Summary. The aim of the study was to estimate the role of the old cancer patients' antibacterial therapy in the course of traumatic disease. Were examined three representative groups of patients with different algoritmes of the antibiotic therapy. It is set that the indicated group of patients have ertapenem/amikacin priority preparations, because their combination is accompanied the reliable diminishing of frequency of infectious complications and lethality.

Key words: gerontology cancer patients, multiple trauma, antibacterial therapy.