

УДК: 617.586-002.31.616.379-008.64]-07

Кизименко О.О., Краснов О.Г., Ляховський В.І.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ У ВИЗНАЧЕНІ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Проведений аналіз результатів лікування 134 хворих з синдромом діабетичної стопи, які були поділені на основну (68 пацієнтів) та контрольну групу (66 пацієнтів). У основній групі дослідження нейропатичну форму СДС спостерігали у 38 (28,4%), а нейроішемічну – у 30 (22,3%) хворих, а у контрольній – відповідно у 34 (25,4%) і 32 (23,9%) осіб. Поряд з клінічним дослідженням, усім хворим проводили комплексне лабораторне і інструментальне обстеження, визначали тактильну та температурну чутливість стоп. Дослідження стану периферійної соматичної іннервації показало, що прояви нейропатії того чи іншого ступеня характерні для усіх хворих із СДС, найбільш характерним і раннім було порушення температурної чутливості. Показниками вираженого ендотоксикозу була анемія у 15 (22,1%) хворих, зниження у 13 (19,1%) хворих вмісту білку сироватки крові. Проявом поліорганної дисфункції була протеїнурія та глікозурія, відповідно у 27 (39,7%) та 31 (45,6%) хворих, підвищення креатинину у 16 (23,5%) хворих. У 43 (63,2%) пацієнтів основної та у 40 (60,6%) – контрольної групи клінічний перебіг захворювання супроводжував синдром системної запальної відповіді, який встановлений на підставі двох симптомів – у 20 (29,4%), трьох – у 17 (25%), чотирьох симптомів – у 6 (8,8%) хворих основної та на підставі двох симптомів – у 20 (30,3%), трьох – у 13 (19,7%), чотирьох – у 7 (10,6%) осіб контрольної груп. Характер змін ССЗВ при лікуванні хворих з СДС свідчив про його регрес у 30 (44,1%) хворих після адекватного оперативного втручання та консервативної терапії. Прогресування ознак ССЗВ спостерігалось у 15 (22,1%) хворих основної групи за умов поширення деструктивного процесу, що обумовлено неадекватністю оперативного втручання та консервативної терапії.

Ключові слова: діагностика, цукровий діабет, гнійно-некротичні ураження, синдром діабетичної стопи.

Стаття є фрагментом виконання ініціативної науково-дослідної роботи кафедр хірургії №3 та №1 “Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень” (№ держреєстрації 0112006302).

Вступ

Кількість людей, які хворіють на цукровий діабет (ЦД) у наш час, перевищує 100 мільйонів, а за кожні 15 років їх кількість подвоюється [2, 5]. За даними експертів ВООЗ, кількість хворих на цукровий діабет у світі до 2025 року їхнє число може досягти 250 мільйонів [12]. У переліку ускладнень цукрового діабету синдром діабетичної стопи (СДС) займає одне із з провідних місць [6, 8]. До того ж, основним методом лікування СДС залишається висока ампутація нижньої кінцівки, що приводить до важкої інвалідності й супроводжується летальністю до 60 % [4].

Разом з тим вважається, що основною причиною ампутацій при СДС є інфекційно-некротичний процес у тканинах стопи, який розвивається на фоні ран, тріщин та виразок. Приєднання гнійно-некротичного процесу на тлі ЦД значно погіршує перебіг основного захворювання [3, 10]. Вогнище гнійної інфекції на стопі може прогресувати поступово, без клінічно виражених ознак негативної динаміки, особливо у глибоких фасціальних ложах стопи і гомілки [1]. Великий відсоток ампутацій пов'язаний з тяжкістю перебігу ранового процесу при ЦД, коли надмірно затягується фаза очищення рани і не настає фаза її регенерації [2]. Часто виникнення гнійно-запальних та деструктивних уражень стопи може призвести не тільки до втрати нижньої кінцівки, але і до смерті хворого [9]. Адаже безпосередня летальність після ампутації становить 22%, а на протязі першого року після операції вона досягає 41% [7].

Отже, наведене свідчить про значну актуальність проблеми, яка обумовлена широким розповсюдженням СДС та незадовільними результатами діагностики і лікування таких хворих. В свою чергу це потребує проведення нових комплексних досліджень, спрямованих на подальше вивчення патогенезу гнійно-некротичних уражень СДС, особливостей клінічного перебігу та розробки нових і удосконалення відомих методів діагностики, лікування.

Мета дослідження

Проаналізувати результати обстежень та визначити їх значення у важкості перебігу синдрому діабетичної стопи.

Матеріал і методи дослідження

Проведений аналіз 134 медичних карток стаціонарних хворих з ураженнями стоп, що розвинулись на фоні ЦД, які лікувалися у хірургічному відділенні №1 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави. Основну групу склали 68 хворих, які поступили до стаціонару за екстреними показами або в плановому порядку у період з 2009 по 2013 роки. У контрольну групу включили 66 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у цьому відділенні з 2004 по 2008 роки. Чоловіків у основній групі було 31 (45,6%), жінок – 37 (54,4%), а у контрольній – відповідно 30 (45,5%) та 36 (54,5%). Середній вік пацієнтів основної групи становив $64,7 \pm 4,56$, а контрольної – $65,2 \pm 5,48$ років. У основній групі дослідження нейропатичну форму СДС спостерігали у 38 (28,4%), а нейроішемічну – у 30 (22,3%) хворих, а у контроль-

ній – відповідно у 34 (25,4%) і 32 (23,9%) осіб. Інсулінозалежний ЦД відмічений у 30,3% хворих першої групи та у 16,2% хворих другої групи, а інсулінонезалежний ЦД – відповідно у 69,7% і 83,8% пацієнтів відповідних груп. У більше ніж

2/3 хворих діабетичний анамнез становив більш ніж 10 років. Розподіл хворих з гнійно-некротичними ураженнями СДС за класифікацією Meggit–Wagner [11] наведено у таблиці 1.

Таблиця 1
Розподіл хворих згідно класифікації Meggit–Wagner

Стадія	Кількість хворих (n)				Всього (n=134)
	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=66)		
	Нейропатична форма	Нейроішемічна форма	Нейропатична форма	Нейроішемічна форма	
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
1	4 (10,5%)	1 (3,3%)	1 (2,9%)	3 (9,4%)	9 (6,7%)
2	3 (7,9%)	2 (6,7%)	2 (5,9%)	2 (6,3%)	9 (6,7%)
3	18 (47,4%)	12 (40%)	12 (35,3%)	9 (28,1%)	51 (38,1%)
4	11 (28,9%)	13 (43,3%)	15 (44,1%)	15 (46,9%)	54 (40,3%)
5	2 (5,3%)	2 (6,7%)	4 (11,8%)	3 (9,4%)	11 (8,2%)
Всього	38 (100%)	30 (100%)	34 (100%)	32 (100%)	134 (100%)

Поряд з клінічним дослідженням, усім хворим проводили комплексне лабораторне і інструментальне обстеження, яке включало загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рівень глюкози в крові, біохімічний аналіз крові, коагулограму, доплерометрію, рентгенографію стопи, ультразвукову доплероскопію артерій нижніх кінцівок (УЗДАНК).

Тактильну чутливість визначали у 24 хворих основної групи за допомогою монофіламенту у симетричних ділянках пальців та стопи. Температурну чутливість визначали у цих же пацієнтів доторканням до симетричних ділянок обох стоп охолодженою металічною ручкою неврологічного молоточка.

Результати дослідження та їх обговорення

При проведенні досліджень встановлено, що у 41 (60,3%) хворого основної групи гнійний процес локалізувався на правій стопі та у 27 (39,7%) – на лівій. Найбільш поширеніша локалізація виразкових дефектів була на першому пальці стопи та плесне-фаланговому зчленування, ділянці п'ятки – у 3, підошова поверхня пальців стопи. Глибокі виразки були характерні для 48 (70,5%) хворих. Їх середня площа складала $2,5 \pm 0,47 \text{ см}^2$. Таким чином, виразкові дефекти локалізувалися в місцях, що зазнають найбільшого тиску при ході.

Тактильна чутливість була збережена у 16 (66,6%) з 24 досліджуваних хворих основної групи. Порушення тактильної чутливості 1 ступеня було виявлено у 2 (8,3%), 2 ступеня – у 5 (20,8%), 3 ступеня – у 1 (4,2%) пацієнтів. Здатність розрізнити різницю температур була збережена у 4 (16,7%) хворих. Порушення температурної чутливості було виявлене у 6 (25%) хворих, 2 ступеня – у 12 (50%) хворих, 3 ступеня – у 2 (8,3%) хворих. Больова чутливість стоп була збережена у 17 з 24 досліджуваних хворих. Порушення больової чутливості 1 ступеня було виявлено в 2 (8,3%), 2 ступеня – 4 (16,7%) хворих, 3 ступеня – у 1 (4,2%) пацієнта. Таким чином, клінічне дослідження стану периферійної соматичної іннервації показало, що прояви нейропатії

того чи іншого ступеня характерні для усіх хворих із СДС. З 3 видів чутливості (больова, температурна, тактильна) найбільш характерним і раннім було порушення температурної.

Магістральний кровоток у ділянці стегново-підколінного сегменту був збережений у 64 (94,1%) хворих основної групи. Показники кісточно-плечового індексу менше 0,6, що вважаються критичними в плані можливості проведення успішних заходів по збереженню кінцівки були у 4 (16,7%) хворих. У контрольній групі у 34 (51,5%) хворих пульсація на артерії стопи була збережена, у 20 (30,3%) – пульсація на артеріях гомілок не визначалась, у інших – була знижена. У 4 (5,9%) хворих контрольної групи була відсутня пульсація на підколінній артерії. У всіх хворих контрольної групи пульс на загальній стегновій артерії був збережений. Вивчення стану артеріального кровотоку за допомогою УЗДАНК проводилось тільки у пацієнтів основної групи, а в контрольній – дане досліджування не проводилось через відсутність апарату.

Для прогнозування перебігу гнійно-некротичних уражень СДС у хворих ми використовували рентгенологічну діагностику кальцифікуючого склерозу Менкеберга (медіакальцинозу), якій частіше зустрічався у хворих з нейропатичною формою. У 31 (50%) хворого основної групи спостерігався медіакальциноз II–III ступеня, у 19 (30,7%) – IV–V ступеня, серед яких – у 5 (8,1%) внаслідок поширення гнійно-некротичних уражень хворим була виконана ампутація на рівні стегна. Найбільш сприятливим був прогноз у 12 (19,4%) хворих без ознак або з початковими проявами склерозу Менкеберга – у жодного із них не була виконана висока ампутація кінцівки. Медіакальциноз II–III ступеня був виявлений у 19 (31,7%) хворих контрольної групи, а у 31 (51,7%) – медіакальциноз IV–V ступеня, серед яких – у 12 (20%) пацієнтів була виконана ампутація на рівні стегна.

Для розробки способу прогнозування септичних ускладнень було проаналізовано 22 різних клініко-лабораторних параметри у 68 пацієнтів основної групи. Як показали наші спостережен-

ня, найбільш вираженими були зміни лабораторних показників при нейроішемічній формі СДС, що свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання при поєднанні дії інфекційного агента з ішемією. При цьому відмічалась достовірна різниця у зниженні кількості еритроцитів та лімфоцитів, підвищенні ШОЕ, лейкоцитів, сечовини. Також на фоні більш вираженої інтоксикації при нейропатичній формі СДС була більша лейкоцитурія майже в 3 рази ніж при нейроішемічній формі. Аналіз клінічних показників крові свідчить про значне зростання кількості лейкоцитів у 22 (32,4%) хворих з зсувом лейкоцитарної формули вліво у 27 (39,7%) хворих. Більш вираженим було підвищення кількості лейкоцитів у хворих з нейроішемічною формою – у 11,8% із них лейкоцитоз був більше 15×10^9 . Про вираженість запального процесу свідчило підвищення у 47 (69,1%) хворих фібриногену більше 4,0 г/л.

Показниками вираженого ендотоксикозу була анемія у 15 (22,1%) хворих, зниження у 13 (19,1%) хворих вмісту білку сироватки крові. Проявом поліорганної дисфункції була протеїнурія та глюкозурія, відповідно у 27 (39,7%) та 31 (45,6%) хворих, підвищення креатинину у 16 (23,5%) хворих. У 64,7% хворих основної групи спостерігалась декомпенсація цукрового діабету з рівнем цукру більш ніж 10,1 ммоль/л, яке було більше виражено у хворих з нейропатичною формою СДС. У переважній більшості хворих мали місце прояви синдрому ендогенної інтоксикації. При цьому у основній групі більш частішими ознаками були тахіпное та тахікардія (у 77,9% та 58,8% пацієнтів відповідно), а в контрольній – підвищення температури тіла (у 42,4%). У 43 (63,2%) пацієнтів основної та у 40 (60,6%) – контрольної групи клінічний перебіг захворювання супроводжував синдром системної запальної відповіді (ССЗВ), який встановлений на підставі двох симптомів – у 20 (29,4%), трьох – у 17 (25%), чотирьох симптомів – у 6 (8,8%) хворих основної та на підставі двох симптомів – у 20 (30,3%), трьох – у 13 (19,7%), чотирьох – у 7 (10,6%) осіб контрольної груп.

Отже, динамічні спостереження за характером змін ССЗВ при лікуванні хворих з СДС свідчили про його регресування у 30 (44,1%) хворих після адекватного оперативного втручання та консервативної терапії. Прогресування ознак ССЗВ спостерігалось у 15 (22,1%) хворих основної групи за умов поширення деструктивного процесу, що обумовлено неадекватністю оперативного втручання та консервативної терапії.

Висновки

1. Визначення тактильної та температурної чутливості, доплерометрії та ультразвукової доплероскопії артерій нижніх кінцівок дозволяє виділяти форми синдрому діабетичної стопи, що є перспективним для проведення органозберігаючого оперативного лікування, при цьому прояви нейропатії є постійним симптомом у таких хво-

рих, з раннім зниженням температурної чутливості.

2. У 19,1% хворих основної групи з Г–Н ураженнями СДС виявлена гіпопротеїнемія, у 22,1% – анемічний синдром, у 64,7% пацієнтів – гіперглікемія, у 69,1% – гіперкоагуляція, у 39,7% – зсув лейкоцитарної формули вліво, що може бути критерієм прогнозування перебігу захворювання.

Література

1. Буренко Г.В. Антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні синдрому діабетичної стопи / Г.В. Буренко, В.М. Меллін, С.Л. Кіндзер [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – № 14 (1) – С. 80–81.
2. Варшавський І.М. Научно-обоснованные стандарты диагностики и лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы / И.М. Варшавский, Т.В. Авдеева, Н.Я. Шабанов // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. – М., 2001. – С. 101–105.
3. Василюк С.М. Етіологія та патогенез інфікованих виразок у хворих на синдром діабетичної стопи. / С.М. Василюк, М.Д. Василюк, А.Г. Шевчук [та ін.] // Український Журнал Хірургії. – 2008. – № 1. – С. 94–99.
4. Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. Поражение нижних конечностей у больных сахарным диабетом / Г.Р. Галстян // Cnsilium medicum Ukraina. – 2007. – Т. 1, № 3. – С. 22–25.
5. Дедов І.І. Епідеміологія сахарного діабета / І.І. Дедов, Т.Е. Чазова, Ю.І. Сунцов // Пособие для врачей. – М., 2003. – 68 с.
6. Ляховський В.І. Сучасні аспекти діагностики та комплексного лікування хворих з синдромом діабетичної стопи / В.І. Ляховський, О.Г. Краснов, І.І. Немченко [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – Т. 11, Вип. 1 (33). – С. 285–288.
7. Покровський А.В. Клиническая ангиология: Руководство / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. – Т. 2. – 888 с.
8. Светухин А.М. Отдаленные результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы / А.М. Светухин, А.Б. Земляной, В.А. Колтунов // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 8–10.
9. Тамм Т.І. Комплексное хирургическое лечение гнойно-септических осложнений синдрома диабетической стопы / Т.І. Тамм, С.Г. Белов, Э.И. Гирка // Материалы II Украинско-Российского симпозиума „Современные аспекты хирургической эндокринологии“. – Харьков, Украина. – X.: 2011. – С. 409–415.
10. Удовиченко О.В. Диабетическая стопа / О.В. Удовиченко, Н.М. Грекова. – М.: Практическая медицина. – 2010. – 272 с.
11. Meggitt B. Surgical management of the diabetic foot / B. Meggitt // Br. J. Hosp. Med. – 1976. – Vol. 16. – P. 227–332.
12. Spollett G.R. Preventing amputations in the diabetic population / G.R. Spollett // Nurs. Clin. North Am. – 1998. – Dec. – Vol. 33 (4). – P. 629–641.

References

1. Burenko H.V. Antybakterial'na terapiya v kompleksnomu likuvanni syndromu diabetichnoyi stopy / H.V. Burenko, V.M. Myellin, S.L. Kindzer [ta in.] // Visnyk Vynnyts'koho natsional'noho medychnoho universytetu. – 2010. – № 14 (1) – S. 80–81.
2. Varshavskiy I.M. Nauchno-obosnovannyye standarty diagnostiki i lecheniya gnoyno-nekroticheskikh form diabeticheskoy stopy / I.M. Varshavskiy, T.V. Avdeyeva, N.YA. Shabanov // Standarty diagnostiki i lecheniya v gnoynoy khirurgii. – M., 2001. – S. 101–105.
3. Vasylyuk S.M. Etiolohiya ta patohenez infikovanykh vyrazok u khvorykh na syndrom diabetichnoyi stopy. / S.M. Vasylyuk, M.D. Vasylyuk, A.H. Shevchuk [ta in.] // Ukrayins'kyy Zhurnal Khirurgii. – 2008. – № 1. – S. 94–99.
4. Galstyan G.R. Diabeticheskaya stopa. Porazheniye nizhnikh konechnostey u bol'nykh sakharnym diabetom / G.R. Galstyan // Cnsilium medicum Ukraina. – 2007. – T. 1, № 3. – S. 22–25.
5. Dedov I.I. Epidemiologiya sakharnogo diabetu/ I.I. Dedov, T.Ye. Chazova, YU.I. Suntsov // Posobiye dlya vrachey. – M., 2003. – 68 s.
6. Lyakhov's'kyy V.I. Suchasni aspekty diahnostyky ta kompleksnoho likuvannya khvorykh z syndromom diabetichnoyi stupni / V.I. Lyakhov's'kyy, O.H. Krasnov, I.I. Nyemchenko [ta in.] // Aktual'ni problemy sучasnoyi medytsyny: Visnyk Ukrayins'koyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademii. – 2011. – T. 11, Vyp. 1 (33). – S. 285–288.
7. Pokrovskiy A.V. Klinicheskaya angiologiya: Rukovodstvo / A.V. Pokrovskiy. – M.: Meditsina, 2004. – T. 2. – 888 s.
8. Svetukhin A.M. Otdalennyye rezul'taty lecheniya bol'nykh s gnoyno-nekroticheskimi formami sindroma diabeticheskoy stopy / A.M.

- Svetukhin, A.B. Zemlyanoy, V.A. Koltunov // *Khirurgiya*. – 2008. – № 7. – S. 8–10.
9. Tamm T.I. Kompleksnoye khirurgicheskoye lecheniye gnoyno-septicheskikh oslozhneniy sindroma diabeticheskoy stopy / T.I. Tamm, S.G. Belov, E.I. Girka // *Materialy II Ukrainsko-Rossiyskogo simpoziuma „Sovremennyye aspekty khirurgicheskoy endokrinologii“*. – Khar'kov, Ukraina. – KH. : 2011. – S. 409–415.
10. Udovichenko O.V. Diabeticheskaya stopa / O.V. Udovichenko, N.M. Grekova. – M. : *Prakticheskaya meditsina*. – 2010. – 272 s.
11. Meggitt B. Surgical management of the diabetic foot / B. Meggitt // *Br. J. Hosp. Med.* – 1976. – Vol. 16. – P. 227–332.
12. Spollett G.R. Preventing amputations in the diabetic population / G.R. Spollett // *Nurs. Clin. North Am.* – 1998. – Dec. – Vol. 33 (4). – P. 629–641.

Реферат

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кизименко А.А., Краснов О.Г., Ляховский В.И.

Ключевые слова: диагностика, сахарный диабет, гнойно-некротические поражения, синдром диабетической стопы.

Проведен анализ результатов лечения 134 больных с синдромом диабетической стопы, разделенных на основную (68 пациентов) и контрольную (66 пациентов) группы. В основной группе исследования нейропатическую форму СДС наблюдали у 38 (28,4%), а нейроишемическую - у 30 (22,3%) больных, а в контрольной - соответственно у 34 (25,4%) и 32 (23,9%) человек. Наряду с клиническим исследованием, всем больным проводили комплексное лабораторное и инструментальное обследование, определяли тактильную и температурную чувствительность стоп. Исследование состояния периферической соматической иннервации показало, что проявления neuropathии той или иной степени характерны для всех больных с СДС, наиболее характерным и ранним было нарушение температурной чувствительности. Показателями выраженного эндотоксикоза была анемия у 15 (22,1%) больных, снижение в 13 (19,1%) больных содержания белка сыворотки крови. Проявлением полиорганной дисфункции была протеинурия и глюкозурия, соответственно в 27 (39,7%) и 31 (45,6%) больных, повышение креатинина в 16 (23,5%) больных. В 43 (63,2%) пациентов основной и у 40 (60,6%) - контрольной группы клиническое течение заболевания сопровождал синдром системного воспалительного ответа, который установлен на основании двух симптомов - у 20 (29,4%), трех - в 17 (25%), четырех симптомов - у 6 (8,8%) больных основной и на основании двух симптомов - у 20 (30,3%), трех - у 13 (19,7%), четырех - в 7 (10,6%) лиц контрольной групп. Характер изменений ССВО при лечении больных с СДС свидетельствовал о его регрессе у 30 (44,1%) больных после адекватного оперативного вмешательства и консервативной терапии. Прогрессирования признаков ССВО наблюдалось у 15 (22,1%) больных основной группы в условиях распространения деструктивного процесса, что обусловлено неадекватностью оперативного вмешательства и консервативной терапии.

Summary

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR EVALUATING SEVERITY OF DIABETIC FOOT SYNDROME

Kizimenko A.A., Krasnov O.G., Lyakhovsky V.I.

Key words: diagnostics, diabetes, suppurative necrotic lesions, diabetic foot syndrome.

This paper is devoted to the analysis of treatment outcomes of 134 patients with diabetic foot syndrome (DFS). They were divided into the test group (68 patients) and control group (66 patients). The study involved 38 (28.4%) cases of neuropathic form of DFS, and 30 (22.3%) cases of neuroischemic DFS, and the control group involved respectively 34 (25.4%) and 32 (23.9%) cases. In addition to the clinical investigation, all patients underwent a comprehensive laboratory and instrumental examination, their foot tactile and thermal sensitivity was tested as well. Investigation of the peripheral somatic innervation has shown that the signs of one or another neuropathy to some extent are typical for all patients with DFS, but the most characteristic and early-detected are disturbances in temperature sensitivity. The manifestations of marked endotoxemia include anemia in 15 (22.1%) patients and decreased blood serum protein in 13 (19.1%) patients. Manifestations of multiple organ dysfunction include proteinuria and glycosuria in 27 (39.7%) and 31 (45.6%) patients respectively, as well as increased creatinine in 16 (23.5%) patients. In 43 (63.2%) patients of the test group and in 40 (60.6%) patients of the control group the clinical course of the disease is accompanied by systemic inflammatory response syndrome, which is set on the basis of two symptoms in 20 (29.4%) cases, 17 (25%) cases involved 3 symptoms, 6 (8.8%) cases involved 4 symptoms and based on the 2 symptoms in 20 (30.3%) cases, 3 cases in 13 (19.7%), and 7 (10.6%) cases of the control group. The character of changes in the treatment of patients with DFS testifies about its regression in 30 (44.1%) patients after adequate surgery and conservative treatment. The progression of symptoms was observed in 15 (22.1%) patients of the group under the spreading of the destructive process that is due to the inadequacy of surgery and conservative treatment.