

консультований нефрологом і, згідно з його рекомендаціями, переведений у відділення хроніодіалізу.

Висновки

1. У хворих групи порівняння відзначено вищу частоту ранніх гнійно-запальних післяопераційних ускладнень 6 12,0%, проти 10,0% в основній групі, частіше зустрічалися неінфекційні ускладнення 6 42,2%, проти 35,5%.

2. В обох групах пацієнтів серед розладів системних післяопераційних ускладнень найвищою є з боку дихальної системи 12 (6,9%) випадків.

3. У хворих, з передопераційною підготовкою до 24 годин, частота системних післяопераційних ускладнень відмічена в 11,1% випадків, що достовірно нижче, ніж у хворих, в яких операція була відтермінована з метою корекції супутньої патології, що склало 19,3%.

Література

1. Abdullah M. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain / M. Abdullah, M.A. Firmansyah // Acta Med. Indones. — 2012 Oct. — 44(4). — P. 344-350.

2. The safety and prognostic factors for mortality in extremely elderly patients undergoing an emergency operation / S.Y. Park, J.S. Chung, S.H. Kim [and other] // Surg. Today. — 2015 Mar. — 19.

3. Acute cholecystitis in elderly patients after hip fracture: Incidence and epidemiology / S.K. Choo, H.J. Park, H.K. Oh, Y.K. Kang, Y. Kim // Geriatr. Gerontol. Int. — 2015 Mar. — 21.

Чурпий В. К., Васильюк С. М., Чурпий І. К., Чурпий К. Л.

Анализ причин послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом

Маловисковская ЦРБ, Кировоградской области, г.Малая Виска, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 173 боль-

ных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом. Основная группа - 90 пациентов, у которых наблюдались четко выраженные локальные и системные изменения, характерные для острого воспаления желчного пузыря.

Группа сравнения - 83 больных, у которых не было четко выраженной клинической картины острого холецистита.

В 76 больных основной группы и 65 - группы сравнения была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Потребность в конверсии и проведении холецистэктомии через лапаротомный разрез была у 11 пациентов основной группы и 9 - группы сравнения.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационные осложнения, геронтологические больные.

V.K. Churpii, S.M. Vasyliuk, I.K. Churpii, K.L. Churpii

Analysis of the Causes of Postoperative Complications in Elderly and Senile Patients with Acute Calculous Cholecystitis

Mala Vyska Central District Hospital, Mala Vyska, Ukraine
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: Ch.igor.if@gmail.com, churpiykostantin@rambler.ru

Abstract. The analysis of surgical treatment of 173 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis was made. The main group included 90 patients with distinct local and systemic changes typical for acute inflammation of the gallbladder. The comparison group included 83 patients without clear clinical picture of acute cholecystitis. 76 patients of the main group and 65 patients of the comparison group underwent laparoscopic cholecystectomy. 11 patients of the main group and 9 patients of the comparison group needed conversion and cholecystectomy through laparotomy incision.

Keywords: acute cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; postoperative complications; geriatric patients.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК – 617.586:616.379-008.64:615.281-085

Шаповал С. Д., Савон І. Л., Трибушній О. В., Слободченко Л. Ю.

Особливості антибактеріальної терапії хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи та з проявами сепсису

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД adminzmapo@gmail.com

Резюме. Вступ. В Україні офіційно зареєстровано більш, ніж 1,8 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). Щороку в світі реєструється 18-20 млн. випадків сепсису з летальністю: 10% - від синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), 20% - від сепсису, 32 - 40% - від важкого сепсису і понад 70% від септичного шоку (СШ).

Мета роботи - оптимізувати режими антибактеріальної терапії у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи та при розвитку сепсису.

Матеріали та методи. За період з 2010 по 2015 рр. проведено обстеження та лікування 1246 хворих на ускладнений СДС. Розподіл проведений таким чином: група порівняння – 326 хворих, основна група – 888 пацієнтів (у тому числі – 32 хворих на сепсис). Вік пацієнтів в середньому склав 61,7 ± 2,3 років. АБТ у цих хворих повинна будуватися за типом ступінчастої терапії. Емпіричну АБТ слід проводити до одержання результату мікробіологічного дослідження. Спрямована АБТ може бути призначена тільки після отримання результатів посіву. При тяжкій інфекції з проявами сепсису термін проведення АБТ складає 2-4 тижні, а при наявності остеомієліту може бути збільшений до 6 тижнів.

Результат. Упровадження оптимізованої схеми антибактеріальної терапії в сукупності з активною хірургічною тактикою

та радикальною місцевою обробкою первинного гнійного осередку у хворих на ускладнений СДС та сепсис основної групи призвело до зниження впливу ендогенної інтоксикації та антигенного навантаження, що виражалось у скорішому відновленні регенеративних властивостей організму і швидшому загоєнні рани.

Висновки. Застосування оптимізованої тактики проведення АБТ, поряд з активним хірургічним і місцевим лікуванням пацієнтів на ускладнений СДС, дозволило достовірно (P<0,05) зменшити частоту післяопераційних ускладнень, «високих» ампутацій, скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, сепсис, антибіотики.

Вступ. В Україні офіційно зареєстровано більш, ніж 1,8 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). За даними світової статистики, кожні 13 – 15 років кількість хворих подвоюється [1, 6]. Щороку в світі реєструється 18-20 млн. випадків сепсису з летальністю: 10% - від синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), 20% - від сепсису, 32 - 40% - від важкого сепсису і понад 70% від септичного шоку (СШ)

[9]. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 20 – 80 % пацієнтів [3, 5]. Одним із значущих ускладнень СДС є гнійно-некротичні ураження та сепсис, що потребують проведення комплексної терапії, головною складовою якої є антибактеріальна терапія (АБТ) [7, 8].

На жаль, на сьогодні, відсутні стандарти проведення АБТ при різних клінічних формах ускладненого СДС, не враховується обставина приймання хіміотерапевтичних засобів на догоспітальному етапі, не акцентується тяжкість стану хворого, а також ускладнення у вигляді сепсису [2, 4].

Мета роботи - Оптимізувати режими антибактеріальної терапії у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи та при розвитку сепсису.

Матеріали та методи

За період з 2010 по 2015 рр. проведено обстеження та лікування 1246 хворих на ускладнений СДС на базі кафедри амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3».

Визначення «ускладнений СДС» об'єднував гнійно-некротичне ураження стопи: виразку, абсцес, флегмону, гнійний тендовагініт, остеомієліт, гангрену, а також діабетичну остеоартропатію. Критерії включення в дослідження: ЦД II типу, наявність СДС з гнійно-некротичним ураженням тканин стопи або асептичне ураження кісток стопи на тлі діабетичної остеоартропатії. Критерії виключення: ЦД I типу; СДС з неушкодженим шкірним покривом (стадія 0 за класифікацією Wagner); ізольована діабетична нейропатія; хворі, що знаходяться на гемодіалізі.

Розподіл проведений таким чином: група порівняння – 326 хворих, що були обстежені та отримували лікування за період 2008–2009 рр., основна група – 888 пацієнтів (у тому числі – 32 хворих на сепсис), період 2010 – 2015 рр. Вік пацієнтів коливався від 38 до 86 років, в середньому склав (61,7±2,3) років.

Комплекс мікробіологічних досліджень складався з визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, якісного складу мікробних збудників (мікробного пейзажу), кількісного мікробного обсіменіння рани за допомогою аналізатора Veitek-2.

Статистичну обробку даних проводили з урахуванням принципів доказової медицини, розрахунки виконували з використанням програмного пакета для статистичного аналізу даних «STATISTICA 6.1».

Результати та обговорення

Результати наших досліджень свідчать, що ранова мікрофлора первинних гнійних осередків у хворих на ускладнений СДС за період 2008 – 2015 рр. змінилася як у кількісному, так і в якісному відношенні.

Так, домінуюча роль грам (-) збудників у кінці минулого віку - (53,6 %) змінилася на теперішній час на користь грам (+) - (54,3 %). Крім цього, висівання мікробних асоціацій збільшилося з 22,6 до 29,4 %, тобто в 1,3 рази.

Особливу тривогу викликає феномен зростання серед грам (+) флори метицилін (оксацилін) резистентних штамів стафілококів (MRSA). Згідно з нашими даними, за період 1995 – 2015 рр. у нашому центрі зареєстровано зростання MRSA штамів стафілококів з 16,9 до 36,9 %. Останні нечутливі до звичайних антибіотиків та потребують призначення спеціальних хіміотерапевтичних засобів.

АБТ у хворих на ускладнений СДС та при розвитку сепсису повинна забезпечувати максимальний лікувальний ефект при мінімальному впливі на організм хворого, який страждає на важкі супутні захворювання.

Технологічні особливості проведення антибактеріальної терапії:

- слід зазначити, що АБТ у цих хворих повинна будуватися за типом ступінчастої терапії;

- потрібно враховувати стан тканинної концентрації антибіотиків: найбільш високі концентрації в тканинах (що перевищують вміст у сироватці) досягаються при призначенні фторхінолонів III – IV покоління, захищених пеніцилінів, лінезоліду, даптоміцину в той час, як тканинна концентрація бета-лактамів, аміноглікозидів, ванкоміцину зазвичай в 1,5 –

3 рази нижче, ніж сироваткова;

- емпіричну АБТ слід проводити до одержання результату мікробіологічного дослідження;

- спрямована АБТ може бути призначена тільки після отримання результатів засіву;

- спрямовану АБТ проводять коротким курсом (10-14 днів) до отримання чіткого клінічного результату;

- при тяжкій інфекції з проявами сепсису термін проведення АБТ складає 2-4 тижні, а при наявності остеомієліту може бути збільшений до 6 тижнів;

- при проведенні АБТ не пізніше, ніж 10 днів від її початку, необхідно призначити профілактичну дозу (150 мг 1 раз на тиждень) протигрибкових препаратів – флуконазол (дифлюкан, фуцис тощо);

- виділення мікроорганізмів із рани без обліку інших ознак системного запалення не є обґрунтованим аргументом продовження АБТ;

- широко розповсюджена практика проведення АБТ дуже тривалими курсами з періодичною заміною антибіотиків не має доказової бази та не може бути визнана раціональною;

- однозначних критеріїв для припинення АБТ не існує (прийняття рішення здійснюється на підставі динаміки місцевої та системної запальної реакції, стану рани, ерадикації збудників, ступеня обсіменіння рани, нормалізації лейкоцитарної формули, С-реактивного білка, зниження рівня прокальцитоніну [7]).

АБТ для хворих I групи – $C_{1-5} Z_1 E_{1-3}$ – поверхнева виразка, неускладнений панарицій, мозольний абсцес, підшкірний абсцес, епіфасціальна флегмона, що по анатомічній локалізації відповідає шкірі, підшкірній клітковині, поверхневій фасції, слід проводити наступним чином:

- після оперативних втручань в умовах поліклініки у вигляді таблетованих засобів - цефалексин 0,5 г 4 рази на добу, цефуроксим 0,5 г 2 рази на добу, амоксицилін/клавулат 1,2 г 2 рази на добу, кліндаміцин 0,3 г 4 рази на добу. При виділенні MRSA штамів стафілококів – лінезолід 0,6 г 2 рази на добу.

Якщо АБТ на амбулаторному етапі була неефективна і хворий направлений на госпіталізацію, то із урахуванням попереднього приймання антибіотиків, в стаціонарі слід призначити парентеральне призначення препаратів: цефазолін – в/м, 2,0 г тричі на добу; цефуроксим – в/м, 1,5 г тричі на добу; амоксицилін / клавулат – в/в, 1,2 г 3 – 4 рази на добу; ампіцилін / сульбактам – в/в, 3,0 г 4 рази на добу; кліндаміцин – в/в, 0,3 – 0,6 г 3 – 4 рази на добу.

Для хворих II групи – $C_{6-12} Z_2 E_{1-3}$ – фасціїт, глибока виразка, гнійний тендовагініт, гнійний тенобурсит, субфасціальна флегмона, панфлегмона, міонекроз (уражені м'язи і глибокі фасції) та пацієнтів III групи – $C_{13-16} Z_3 E_{1-3}$ – остеомієліт, стопа Шарко, акральний некроз пальця, пандактиліт (уражені кістка та / або суглоб) при призначенні АБТ слід пам'ятати, що при наявності чутливості до декількох антибактеріальних препаратів слід використовувати послідовність – від слабкішого до сильнішого.

Пацієнти, що не отримували амбулаторно антибіотики: амоксицилін / клавулат – в/в, 1,2 г 3 – 4 рази на добу; ампіцилін / сульбактам – в/в, 3,0 г 4 рази на добу; кліндаміцин – в/в, 0,3 – 0,6 г 3 – 4 рази на добу в сполученні з цефуроксимом – в/в, 1,5 г 3 рази на добу або з цефтріаксаном, в/в, 2,0 г 1 – 2 рази на добу чи з цефотаксимом, в/в, 2,0 г 3 – 4 рази на добу.

Для хворих, яким на догоспітальному етапі застосовувалася АБТ: офлоксацин – в/в, 0,4 г 2 рази на добу + кліндаміцин – в/в 0,6 г тричі на добу; піперацилін / тазобактам – в/в 4,5 г 4 рази на добу; левофлоксацин, в/в, 0,5 г 1 раз на добу; моксифлоксацин, в/в, 0,4 г 1 раз на добу; цефтаролін, в/в, 0,6 г 2 рази на добу; ертапенем, в/в, 1,0 г 1 раз на добу. При ризику MRSA – лінезолід, в/в, 0,6 г 2 рази на добу.

Для хворих II, III та IV груп при розвитку сепсису:

- а) Без поліорганної недостатності: левофлоксацин – в/в, 0,5 г 2 рази на добу + метронідазол, в/в, 0,5 г тричі на добу;

піперацилін / тазобактам – в/в, 4,5 г 3–4 рази на добу; цефалоспоринові / сульбактам – в/в, 4,0 г 2–3 рази на добу; цефтаролін – в/в, 0,6 г 2 рази на добу; ертапенем – в/в, 1,0 г 1 раз на добу; іміпенем / циластатин – в/в, 0,5–1,0 г тричі на добу; меропенем – в/в, 1–2,0 г тричі на добу.

При наявності MRSA штамів – лінезолін або ванкоміцин до будь-якого режиму АБТ.

б) Найявність ПОН чи септичний шок: іміпенем / циластатин – в/в, 1,0 г 4 рази на добу або меропенем – в/в, 2,0 г 3–4 рази на добу + лінезолін – в/в, 0,6 г 2 рази на добу або ванкоміцин – в/в, 15 мг/кг 2 рази на добу.

Упровадження оптимізованої схеми антибактеріальної терапії в сукупності з активною хірургічною тактикою та радикальною місцевою обробкою первинного гнійного осередку у хворих на ускладнений СДС та сепсис основної групи, призвело до зниження впливу ендогенної інтоксикації та антигенного навантаження, що виражалось у скорішому відновленні регенеративних властивостей організму і швидшому загоєнні рани.

В основній групі очищення рани відбувалося більш скорішими темпами ($P < 0,05$). При проведенні планіметрії визначено, що швидкість загоєння рани, тобто процент утворення повної покривної тканини шкіри за однаковий проміжок часу в основній групі достовірно ($P < 0,05$) був вищий.

Для хворих IV групи - $C_{17-18}Z_{4}E_{1-3}$ – визначити тривалість I фази ранового процесу та швидкість загоєння рани зробити було неможливо, так як оперативне втручання закінчувалося, як правило, накладанням на рану первинних швів.

Безумовно, ефективність оптимізованої АБТ має своє відображення на кількості ускладнень в післяопераційному періоді. Ускладненнями вважали ситуацію, яка вимагала повторного оперативного втручання; вторинні некрози шкірних пластів, що призводили до некротомії; пролонгацію ішемії або інфекції та повторну операцію на більш високому рівні; нагноєння післяопераційної рани після «високої» ампутації з первинним швом. Загалом кількість післяопераційних ускладнень загалом зменшилася в основній групі в 1,6 рази.

Середні терміни перебування хворих на ускладнений СДС в стаціонарі зменшені в 1,6 рази ($t=3,32$; $P < 0,05$).

Запропонована оптимізована тактика проведення АБТ сприяла зниженню післяопераційної летальності з 7,8 % у групі порівняння до 4,3 % в основній групі ($\chi^2=6,74$; $P < 0,05$).

В результаті аналізу даного дослідження встановлено, що застосування оптимізованої тактики проведення АБТ поряд з активним хірургічним і місцевим лікуванням пацієнтів на ускладнений СДС, дозволило достовірно ($P < 0,05$) зменшити частоту післяопераційних ускладнень, «високих» ампутацій, скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

Висновки

1. Оптимізація режиму проведення антибактеріальної терапії хворим на ускладнений СДС та сепсис в основній групі у сполученні з активним хірургічним і місцевим лікуванням дозволила позитивно вплинути на фази ранового процесу: очищення рани відбувалося більш скорішими ($P < 0,05$) темпами; швидкість загоєння рани була достовірно ($P < 0,05$) вища; на 4,2% знижена загальна кількість післяопераційних ускладнень ($P < 0,05$).

2. Запропонована тактика проведення АБТ сприяла зменшенню термінів перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні в середньому з (27,6±1,8) ліжок/дів в групі порівняння до (21,4±2,2) ліжок/дів в основній групі ($t=3,32$; $P < 0,05$), а також зниження післяопераційної летальності з 7,8 до 4,3 % ($\chi^2=6,74$; $P < 0,05$).

3. Перспективи подальших розробок полягають перш за все, в створенні галузевої мережі кабінетів «діабетичної стопи» та пошук антибактеріальних препаратів не тільки зі спектром дії на аеробні та анаеробні збудники інфекції, але

й проти MRSA штамів стафілококів, що були б у ціновому відношенні доступні широкому колу пацієнтів на ускладнений СДС.

Література

1. Белобородов В. А. Лечение гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы / В. А. Белобородов, А. П. Фролов, К. Ю. Рудых // Сучасні медичні технології.- 2013.-№3.- С.21-25
2. Клиническая классификация осложненного синдрома диабетической стопы / С. Д. Шаповал, Д. Ю. Рязанов, И.Л. Савон [и др.] // Хирургия. Ж. им Н.И. Пирогова.- 2011.№6.- С.70-74.
3. Комплексное хирургическое лечение синдрома стопы диабетика / В. В. Бойко, Ю. В. Иванова, Ю. В. Авдосьев [и др.] // Хірургічна перспектива.- 2014.- №1 (8).- С.3-10.
4. Хірургічна класифікація та алгоритм лікування ускладненого синдрому діабетичної стопи. Методичні рекомендації МОЗ України / С. Д. Шаповал, Я. С. Березницький, Д.Ю. Рязанов [та ін.] // Київ, 2012. – 19 с.
5. A survival benefit of combination antibiotic therapy for serious infections associated with sepsis and septic shock is contingent only on the risk of death: a meta-analytic/meta-regression study / A Kumar, N Safdar, S Kethreddy [et al] // Crit Care Med.- 2010 Aug; 38(8):1651-64.
6. Antibiotic Therapy and Culture Results For Diabetic Versus Non-Diabetic Foot Wounds / L. Farogi, R. Guberman, J. Vermaleo [et. al.] // J. Diab Foot Complications.- 2013.- Vol.5 (1), №4/- P.24-28
7. Agarwal R. Procalcitonin to guide duration of antimicrobial therapy in intensive care units: a systematic review / R Agarwal, DN Schwartz // Clin Infect Dis.- 2011 Aug; 53 (4):379-87.
8. Bassetti M. New approaches for empiric therapy in Gram-positive sepsis / M. Bassetti, F.Ginocchio, D.R. Giacobbe // Minerva Anest.- 2011 Aug; 77 (8):821-7.
9. Мюррей П. Молекулярные и немоллекулярные методы в диагностике инфекций кровотока /П. Мюррей // Симпозиум: "Сепсис и инфекции кровотока". – XVI Международный конгресс МАКМАХ по антимикробной терапии. – Москва, 22 мая 2014.

Шаповал С. Д., Савон И. Л., Трибушной О. В., Слободченко Л. Ю.

Особенности антибактериальной терапии больных с осложненным синдромом диабетической стопы и с проявлением сепсиса

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», кафедра амбулаторной, гнойно-септической хирургии и УЗД
adminzmapo@gmail.com

Резюме. Введение. В Украине официально зарегистрировано более 1,8 млн. больных сахарным диабетом (СД). Ежегодно в мире регистрируется 18-20 млн. случаев сепсиса с летальностью: 10% - от синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), 20% - от сепсиса, 32 - 40% - от тяжелого сепсиса и более 70% от септического шока (СПШ).

Цель работы - оптимизировать режимы антибактериальной терапии у больных затруднено синдром диабетической стопы и при развитии сепсиса.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2015 проведено обследование и лечение 1246 больных осложненным СДС. Распределение проведен следующим образом: группа сравнения - 326 больных, основная группа - 888 пациентов (в том числе - 32 больных сепсисом). Возраст пациентов в среднем составил 61,7±2,3 лет.

Следует отметить, что АБТ у этих больных должна строиться по типу ступенчатой терапии. Эмпирическую АБТ следует проводить до получения результата микробиологического исследования, ее эффективность зависит от правильного выбора препарата и его влияния на всех возможных возбудителей. Направленная АБТ может быть назначена только после получения результатов посева. При тяжелой инфекции с проявлениями сепсиса срок проведения АБТ составляет 2-4 недели, а при наличии остеомиелита может быть увеличен до 6 недель.

Внедрение оптимизированной схемы антибактериальной терапии в совокупности с активной хирургической тактикой и радикальной местной обработкой первичного гнойного очага у больных затруднено СДС и сепсис основной группы, привело к снижению влияния эндогенной интоксикации и антигенной нагрузки, что выражалось в скорейшем восстановлении регенеративных свойств организма и быстрому заживлению раны.

Выводы. В результате анализа данного исследования установлено, что применение оптимизированной тактики проведения АБТ

наряду с активным хирургическим и местным лечением пациентов с осложненным СДС, позволило достоверно ($P < 0,05$) уменьшить частоту послеоперационных осложнений, «высоких» ампутаций, сократить длительность пребывания больных в стационаре и снизить послеоперационную летальность.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, сепсис, антибиотики.

S.D. Shapoval, I.L. Savon, O.V. Tribushnaya, L.Yu. Slobodchenko

Features of Antibiotic Therapy for Patients with Complicated Diabetic Foot Syndrome and Sepsis

Department of Ambulatory, Purulent and Septic Surgery
Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

E-mail: adminzmapo@gmail.com

Abstract. More than 1.8 million people with diabetes mellitus are officially registered in Ukraine. 18-20 million cases of sepsis are recorded annually worldwide: 10% of cases are lethal due to systemic inflammatory response syndrome; 20% of cases are fatal due to sepsis; in 32-40% of cases patients die due to severe sepsis; in over 70% of cases the death is caused by septic shock.

The objective of the research was to optimize the modes of antibiotic therapy in patients with complicated diabetic foot syndrome and sepsis.

Materials and methods. During 2010-2015, 1,246 patients with complicated diabetic foot syndrome were examined and treated. Patients

were divided into 2 groups: the comparison group included 326 patients, the main group comprised 888 patients (including 32 patients with sepsis). The average age of patients was 61.7 ± 2.3 years. It should be noted that antibiotic therapy in these patients should be based on the type of sequential therapy. Empirical antibiotic therapy should be performed until the results of microbiological studies. Directed antibiotic therapy can be prescribed only after the results of culturing. In severe infection with symptoms of sepsis the duration of antibiotic therapy is 2-4 weeks, and in the presence of osteomyelitis it can be extended to 6 weeks.

Results. The application of optimized scheme of antibiotic therapy in combination with an active surgical tactics and radical local treatment of primary purulent focus in patients with complicated diabetic foot syndrome and sepsis (the main group) led to the reduction in the impact of endogenous intoxication and antigenic load expressed in more rapid restoration of the regenerative properties of the body and faster wound healing.

Conclusions. The use of optimized tactics of antibiotic therapy alongside with an active surgical and local treatment of patients with complicated diabetic foot syndrome, allowed us to significantly ($P < 0.05$) reduce the frequency of postoperative complications and above-knee amputations as well as the duration of hospital stay and postoperative mortality.

Keywords: *diabetic foot syndrome; sepsis; antibiotics*

Надійшла 19.07.2016 року.

УДК: 616-001.37-089.844

Шапринський Є. В.

Результати лікування хворих на рубцеві стриктури стравоходу після застосування розробленої технології лікування

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна, evgen20078@rambler.ru

Резюме. Існує велика кількість методів лікування рубцевих стриктур стравоходу, як консервативних (бужування, різні види дилатацій), так і оперативних. Однак, результати їх лікування є незадовільними, про що свідчать високі цифри летальності.

Проведено аналіз оперативного лікування 177 хворих на рубцеві стриктури стравоходу за період з 2003 по 2015 роки. У пацієнтів основної групи (77 хворих) застосовувався запропонований нами діагностично-лікувальний алгоритм: рентгеноваскулярна підготовка товстокишкового трансплантату, інфузійна терапія з метою профілактики ішемічних розладів у трансплантаті, пластика шлунком в модифікації клініки, пластика ілеоцекальним сегментом. Оцінювали результати лікування у найближчий післяопераційний період при доброякісних стриктурах стравоходу та результати лікування після операцій з приводу раку стравоходу. Ускладнення, що виникали розділили на неспецифічні та специфічні. Найбільш часто неспецифічні ускладнення спостерігались при злоякісних стриктурах, ніж при доброякісних, хоча достовірної різниці між ними немає. Рівень післяопераційних специфічних ускладнень, а саме: неспроможність швів та стриктури стравохідно-органних анастомозів є достовірно вищим у хворих зі стриктурами злоякісного генезу.

Застосування діагностично-лікувального алгоритму і розробленої технології лікування у хворих основної групи дозволило знизити рівень неспроможності швів анастомозів з 14,00 % до 5,19 % ($p < 0,05$), виникнення стриктур стравохідно-органних анастомозів з 20,00 % до 10,39 % ($p < 0,01$).

Ключові слова: рубцеві стриктури, технологія лікування, ускладнення.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Найбільш поширеними серед рубцевих стриктур стравоходу є: післяопікові стриктури, післяопераційні рубцеві стриктури, стриктури після рефлюкс-езофагіта, стриктури злоякісного генезу – рак стравоходу, а також можуть бути стриктури

після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу, після мікозів, перенесених інфекційних хвороб, колагенозів та ін. [2, 3, 6, 7, 8, 10]. Існує велика кількість методів лікування рубцевих стриктур стравоходу, як консервативних (бужування, різні види дилатацій), так і оперативних. Однак, результати їх лікування є незадовільними, про що свідчать високі цифри післяопераційних ускладнень, а саме: виникнення неспроможності швів стравохідно-органних анастомозів у 14,6 % з наступним розвитком інфекційних ускладнень, зокрема, пневмонії, емпієми плеври, медіастиніту, перитоніту; розвиток стриктур анастомозів – до 20,00 %, а також післяопераційної летальності, яка при різних видах езофагопластик сягає 15 %, та протягом багатьох років стабільно тримається на цьому рівні [1, 4, 5, 9].

Метою дослідження є покращення результатів хірургічного лікування хворих з рубцевими стриктурами стравоходу шляхом застосування розробленої технології лікування.

Матеріали і методи дослідження.

Проведено ретроспективний аналіз оперативного лікування 177 хворих з рубцевими стриктурами стравоходу, що знаходились на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 2003 по 2015 роки, а також у відділенні хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України ім. проф. В.Т. Зайцева». Вік хворих становив від 18 до 82 років. Переважна кількість хворих були віком від 45 до 74 років. Післяопікові рубцеві стриктури стравоходу спостерігались у 64, післяопераційні рубцеві стриктури – у 32, стриктури внаслідок рефлюкс-езофагіта – у 16, рак стравоходу – у 65. При розподілі за статтю переважали чоловіки – (69,49 %). Всім хворим