

ративного втручання в найближчому післяопераційному періоді, в контрольній групі становила 11 (27,5±7,1%), в основній групі - 5 (13,9±5,8%). У післяопераційному періоді летальність в основній групі склала 11,1±5,2%, в КГ - 20,0±6,3%. Морфологічний контроль за станом слизової оболонки ТК показав наявність в основній групі через 7 діб зон фізіологічної регенерації епітелію і ознак хронізації. Тривалість перебування в стаціонарі в основній групі зменшилася в середньому на 10,4±2,1 днів. Відрізок часу до виконання проктотомії і відновного етапу хірургічного лікування в основній групі скоротився в середньому на 7,2±3,2 міс. Кількість незадовільних результатів в контрольній групі склала 17 (42,5±7,8%), в основній групі - 7 (19,4±6,6%) ($p<0,05$).
Ключові слова: виразковий коліт, хірургічне лікування, внутрішньоартеріальна терапія.

Polunin G.E., Kosar N.V., Tanasov I.A.

SUBTOTAL COLECTOMY AS THE FIRST STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF SEVERE NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

Summary. The surgeons are split on the question of the extent of surgical intervention in severe ulcerative colitis (UC). The problem of drug therapy of the remain part of the colon does not appear to have been resolved. For this reason we studied the efficiency of intraarterial therapy. The results of surgical treatment of 76 patients with severe nonspecific UC, who were undergoing colon resection (subtotal colectomy [SC]) as the first stage of surgical treatment, are discussed. For 36 patients, who were undergoing SC as the first stage of surgical treatment, catheterization of sigmoid artery was performed. General number of complications which required surgical intervention was 11 (27,5±7,1%) in the control group (CG) including adhesive intestinal obstruction (AIO) in 5 patients, intestinal perforation in 5 patients and intraabdominal abscess in 1 patient. The tendency to decreasing of early postoperative complication was observed in the study group (SG) to 5 (13,9±5,8%) cases including adhesive intestinal obstruction (AIO) in 2 patients, intestinal perforation in 2 patients, and intraabdominal abscess in 1 patient ($p>0,05$). Four patients in the SG died in postoperative period and 8 patients died in the CG; therefore lethality was 11,1±5,2% in the SG and 20,0±6,3% the CG. Causes of death included the multiple organ dysfunction syndrome progression in 4 patients, peritonitis in 4 patients, bleeding in 2 patients, and cardiovascular failure in 2 patients. The mean age of death of patients was 44,2±5,7 years. Pathohistology monitoring of intestinal mucosa condition was performed in 7 days, its results have demonstrated the presence of focuses of physiological epithelium regeneration and signs of chronic process. Length of stay in hospital was shorter in the SG by a mean of 10,4±2,1 days. Time to proctectomy and reconstructive surgery was shorter in the SG by a mean of 7,2±3,2 months. Unacceptable outcomes were observed in 17 (42,5±7,8%) patients of the CG and in 7 (19,4±6,6%) patients of the SG ($p<0,05$).

Key words: ulcerative colitis, surgical treatment, intraarterial therapy.

Стаття надійшла до друку 09.12.2013р.

Полунин Герман Евгениевич - к. мед. н., доц. кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета, ; +38 062 304-11-00, +38 062 295-65-74, +38 050 620-87-14; poluninerman@gmail.com

Косарь Наталья Викторовна - аспирант кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета; +38 050 905-42-05; dr.kosar@rambler.ru, science@dsmu.edu.ua

Танасов Игорь Анатольевич - врач-ординатор Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО); +38 050 593-05-65, +38 062 295-67-14

© Лисюк Ю. С., Савчак Я. О., Романчук Д. Л.

УДК: 616.74-002.4-07

Лисюк Ю.С., Савчак Я.О., Романчук Д.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії (вул. Миколайчука, 9, м. Львів, Україна, 79059)

ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ЛІКУВАННІ НЕКРОТИЗУЮЧИХ ІНФЕКЦІЙ М'ЯКИХ ТКАНИН

Резюме. В статті наведено результати ретроспективного вивчення особливостей клінічного перебігу некротизуючих інфекцій м'яких тканин у 15 хворих. на час госпіталізації клінічна симптоматика була із маніфестаційною маскою різноманітних захворювань, основними діагностичними помилками було трактування процесу як бешихи (26,7%), інфікованої рани (13,3%) або ускладненої патології вен нижніх кінцівок (13,3%). У 14 (93,3%) хворих були ознаки поліорганної дисфункції, в т.ч. у 7 (46,7%) - вияви інфекційно-токсичного шоку, а також констатовано суттєве підвищення показників лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф-Каліфом (від 3 до 15,3 ум. од.). Хірургічне втручання виконано 14 пацієнтам, загальна летальність становила 60% (9 пацієнтів), післяопераційна - 57,1%. Зроблено висновок, що на початкових етапах некротизуючої інфекції м'яких тканин можуть проявлятися маніфестаційними масками різноманітних захворювань. Доцільним для своєчасної діагностики може стати підвищення поінформованості лікарів нехірургічного профілю. Лейкоцитарний індекс інтоксикації є раннім інформативним критерієм важкості інтоксикаційного синдрому.

Ключові слова: некротизуючі інфекції м'яких тканин, некротизуючий фасциїт, маніфестаційні маски, діагностичні помилки, лейкоцитарний індекс інтоксикації.

Вступ

Некротизуючі інфекції м'яких тканин (НІМТ) - група небезпечних хірургічних захворювань, яким притаманне швидке прогресування процесу із розвитком важ-

кої токсемії та поліорганної недостатності. Проте на початкових етапах захворювання нерідко спостерігається невідповідність шкірних проявів до змін у глибоких

тканинах, а швидкий розвиток інтоксикації часто передре місцевим некротичним ураженням у вогнищі інфекції. Всі ці передумови значно подовжують період між першими симптомами та зверненням пацієнтів до лікарів різних профілів, часто є причиною діагностичних помилок, що призводить до запізнілої госпіталізації у хірургічний стаціонар та несвоєчасного проведення операційного втручання. *Метою* роботи було вивчення особливостей перебігу та клінічних масок НІМТ на ранніх етапах для поліпшення ранньої діагностики захворювання.

Матеріали та методи

Ретроспективно вивчено особливості перебігу ранніх стадій захворювання у 15 пацієнтів із некротизуючими інфекціями м'яких тканин. Критерієм відбору групи вивчення були діагностичні труднощі на дошпитальному та шпитальному етапах лікування. Проаналізовано особливості клінічної симптоматики, зміни лейкоцитарної формули із обчисленням лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) за Кальф-Каліфом.

Результати. Обговорення

В усіх 15 випадках діагностичні труднощі спричинили несвоєчасне ствердження характеру процесу та запізнення із наданням адекватної медичної допомоги. Причинними факторами виникнення захворювання були: отримана за 3 - 12 днів травма м'яких тканин (n=6; 40%), операційні втручання (3; 20%), первинна хірургічна обробка із зашиванням рани (1; 6,7%) та ін'єкція медичних препаратів (1; 6,7%); в 4 (26,7%) випадках ймовірно причину встановити не вдалося. В більшості (9; 60%) випадків мало місце несвоєчасне первинне звернення пацієнтів за медичною допомогою із термінами від 2 до 12 діб з моменту дії причинного фактора.

На час госпіталізації клінічна симптоматика була із маніфестаційною маскою різноманітних захворювань, що спричинила діагностичні труднощі та помилки у формулюванні первинних діагнозів. На догоспітальному і шпитальному етапах до діагностики захворювання залучалися лікарі різних спеціальностей: загальні хірурги, судинний хірург, нейрохірург, терапевт, дерматолог, травматолог, гінеколог, невролог, інфекціоніст, уролог.

Найпоширенішими діагностичними помилками було трактування процесу як бешихи (4; 26,7%), інфікованої рани (2; 13,3%) або ускладненої патології вен нижніх кінцівок (2; 13,3%), інші діагнози мали місце по одному (6,7%) випадку: серозний бурсит, міхурник шкіри стегна, запалення сідничного нерва, панкреатит, постколаптоїдний стан (гіпотонія невідомої етіології). Водночас, у двох пацієнтів НІМТ розвинулися на фоні важкої гострої патології (панкреатит, паранефрит), що вносило об'єктивні труднощі у ствердженні характеру захворювання.

В усіх пацієнтів при мінімально виражених місцевих проявів (незначного болю, набряку) першими системними симптомами були гарячка (37,5° - 39°C) та гіпото-

нія. Водночас, у першу добу госпіталізації у більшості (12; 80%) хворих відмічено незначне підвищення кількості лейкоцитів периферійної крові (9 - 13,7 Г/л), і лише у 3 (20%) пацієнтів мав місце значний лейкоцитоз (15,6 - 25 Г/л). Проте при обчисленні лейкоцитарного індексу інтоксикації констатовано його суттєве підвищення - від 3 до 15,3 ум. од. (при нормі 0,62 - 1,6) і середньому значенні 6,1 ум. од., що може бути непрямым підтвердженням ранніх виявів важкого інтоксикаційного синдрому. Окрім того, у 14 (93,3%) пацієнтів були ознаки поліорганної дисфункції або недостатності, в т. ч. у 7 (46,7%) - стверджено наявність інфекційно-токсичного шоку.

Хірургічне втручання виконано 14 пацієнтам, один пацієнт не оперований у зв'язку із стрімким прогресуванням фульмінантної поліорганної недостатності. Загальна летальність становила 60% (9 пацієнтів), післяопераційна - 57,1%.

Результати нашого дослідження вказують, що особливості перебігу НІМТ на початкових етапах часто є причиною діагностичних помилок, які в свою чергу призводять до запізнілого проведення хірургічного втручання та підвищення летальності. В значній мірі причиною помилок на ранніх етапах розвитку НІМТ є об'єктивні фактори - неспецифічність шкірних проявів захворювання. В узагальненому огляді щодо шкірних виявів НІМТ [Wong et al., 2005] зроблена спроба окреслити особливості локальної шкірної маніфестації залежно від стадії процесу: I стадія (рання) - наявна еритема, набряк, болючість при пальпації, шкіра гаряча; II стадія: індурація та флукуція шкіри, наявні міхури із серозною рідиною; III стадія - потемніння та зниження чутливості шкіри, наявні геморагічні міхури, крепітація.

За відсутності дефекту шкірних покривів інколи помилково виставляються діагнози "запального інфільтрату", тромбозу глибоких вен, бешихи, загострення хронічного остеомієліту [Брюсов и др., 1992]. Окрім того, клінічна картина токсемії може на 1 - 2 доби випереджати розвиток місцевих симптомів в рані [Колесов и др., 1989]. Інформативним критерієм важкості інтоксикаційного синдрому може бути лейкоцитарний індекс інтоксикації [Сперанский и др., 2009].

Частина діагностичних помилок має суб'єктивно-об'єктивне підґрунтя. Внаслідок неспецифічності місцевих виявів НІМТ на ранніх стадіях процесу нерідко пацієнти первинно звертаються до лікарів нехірургічного профілю, які мало знайомі із вказаним видом патології. Це можна окреслити як "ятрогностичну проблему" (гр. *ιατρος* [yatos] - лікар; *γνώσις* [gnosis] - знання): внаслідок об'єктивно зумовленої обмеженості непрофільних знань лікаря вузької спеціальності та при наявності відповідної маніфестаційної маски встановлюється помилковий діагноз "свого" захворювання. В нашому дослідженні відмічено, що діагностичні маршрути усіх пацієнтів до ствердження правильного діагнозу були довгими і складними із залученням спеціалістів різних

профілів. Внаслідок цього, період між первинним зверненням на догоспітальному етапі до операції з приводу НІМТ у 8 (53,3%) випадках коливався в межах 2 - 7 діб.

Водночас, вже початковий період НІМТ розвивається виражений інтоксикаційний синдром та поліорганна недостатність, які теж в свою чергу додатково маскують місцеві прояви інфекції, є вагомою причиною діагностичних помилок [Tang et al., 2001; Goodell et al., 2004] і при відсутності хірургічного втручання можуть привести до летального наслідку від септичного шоку, іноді навіть до встановлення правильного діагнозу [Светухин и др., 1999; Брюсов и др., 1999]. Затримка із наданням спеціалізованої (хірургічної) допомоги суттєво підвищує ризик несприятливого результату [Kobayashi et al., 2011; Boyer et al., 2009]. При виконанні хірургічного втручання в терміни до 24 год. від появи перших симптомів летальність становила 6%, а в терміни понад 24 години - сягала 24% [Dilip Kumar Das et al., 2011] і навіть 70% [Freischlag et al., 1985].

Застосування візуалізаційних методів (комп'ютерної та магніто-резонансної томографії) у випадках ранніх стадій НІМТ суттєво не поліпшує результатів діагностики [Loh et al., 1997; Arslan et al., 2000], оскільки радіологічні методи є неспецифічними, а найінформативні-

ша ознака - емфізема м'яких тканин - проявиться на надто пізніх стадіях [Frazee et al., 2008; Lille et al., 1996].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Особливості перебігу початкових етапів НІМТ із неспецифічністю симптоматики та маніфестаційними масками різних захворювань навіть при своєчасному звертанні пацієнтів до лікарів нехірургічного профілю часто є причиною діагностичних помилок. Період між зверненням за допомогою на догоспітальному етапі до операції з приводу НІМТ в більшості (93,3%) становив 2 - 7 діб. На час госпіталізації у 93,3% пацієнтів були ознаки поліорганної дисфункції або недостатності. Перспективним та інформативним для оцінки ступеню інтоксикаційного синдрому є обчислення лейкоцитарного індексу інтоксикації, показники якого на момент госпіталізації були суттєво підвищеними і сягали 15,3 ум. од.

Перспективним для своєчасної діагностики може стати поліпшення поінформованості лікарів нехірургічного профілю як первинної ланки надання допомоги та вища настороженість хірургів щодо необхідності раннього хірургічного втручання при підозрі на некротизуючі інфекції м'яких тканин.

Список літератури

- Брюсов П.Г. Ошибки при лечении анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей /П.Г.Брюсов, Н.Л.Крылов, В.Н.Французов //Вестник хирургии. - 1992. - №1. - С. 210-215.
- Клиническое значение ранней диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции /А.М.Светухин, А.Б.Земляной, В.Г.Истратов [и др.] //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2005. - №8. - С. 26-29.
- Колесов А.П. Анаэробные инфекции в хирургии /Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. - Л.: Медицина, 1989. - 156 с.
- Сперанский И.И. Общий анализ крови - все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективности проводимого лечения /И.И.Сперанский, Г.Е.Самойленко, М.В.Лобачева //Здоровье Украины. - 2009. - №6(19). - С. 51-57.
- Arslan A. Necrotizing fasciitis: unreliable MRI findings in the preoperative diagnosis /A.Arslan, C.Pierre-Jerome, A.Borthne //European Journal of Radiology. - 2000. -Vol.36(3). - P. 139-143.
- Community-acquired necrotizing soft tissue infections: a review of 122 cases presenting to a single emergency department over 12 years /B.W.Frazee, C.Fee, J.Lynn [et al.] //Journal of Emergency Medicine. - 2008. - Vol.34(2). - P. 139-146.
- Deep fascial hyperintensity in soft-tissue abnormalities as revealed by T2-weighted MR imaging /N.N.Loh, I.Y.Ch'en, L.P.Cheung [et al.] //American Journal of Roentgenology. - 1997. - Vol.168. - P. 1301-1304.
- Dilip Kumar Das. Increasing incidence of necrotizing fasciitis in New Zealand: A nationwide study over the period 1990 to 2006 /Dilip Kumar Das, Michael G. Baker, Kamallesh Venugopal //Journal of Infection. - 2011. - Vol.63, Issue 6. - P. 429-433.
- Freischlag J.A. Treatment of necrotizing soft tissue infections. The need for a new approach /J.A.Freischlag, G.Ajalat, R.W.Busuttill //The American Journal of Surgery. - 1985. - Vol.149(6). - P. 751-755.
- Influence of surgical treatment timing on mortality from necrotizing soft tissue infections requiring intensive care management /A.Boyer, F.Vargas, F.Coste [et al.] //Intensive Care Med. - 2009. - Vol.35(5). - P. 847-853.
- Kobayashi L. Necrotizing soft tissue infections: delayed surgical treatment is associated with increased number of surgical debridements and morbidity /L.Kobayashi, A.Konstantinidis, S.Shackelford [et al.] //The Journal of Trauma. - 2011. - Vol.71(5). - P. 1400-1405.
- Necrotizing soft tissue infections: obstacles in diagnosis /S.T.Lille, T.T.Sato, L.H.Engrav [et al.] //Journal of the American College of Surgeons. - 1996. - Vol.182(1). - P. 7- 11.
- Rapidly advancing necrotizing fasciitis caused by *Phytobacterium (vibrio) damsela*: A hyperaggressive variant /K.H.Goodell, M.R.Jordan, R.Graham [et al.] //Critical Care Medicine. - 2004. - Vol.32. - P. 278-281.
- Tang W.M. Necrotizing fasciitis of a limb /W.M.Tang, P.L.Ho, K.K.Fung //The Journal of Bone and Joint Surgery. - 2001. - Vol.83B. - P. 709-714.
- Wong C.H. The diagnosis of necrotizing fasciitis /C.H.Wong, Y.S.Wang //Current Opinion in Infectious Diseases. - 2005. - Vol.18. - P. 101-106.

Льсюк Ю.С., Савчак Я.О., Романчук Д.Л.

ДІАГНОСТИЧЕСЬКІ ПРОБЛЕМИ В ЛЕЧЕННІ НЕКРОТИЗУЮЩИХ ІНФЕКЦІЙ М'ЯКИХ ТКАНЕЙ

Резюме. В статтю представлені результати ретроспективного изучения особностей клінічного течення некротизуючих інфекцій м'яких тканин у 15 больних. На время госпіталізації клінічна симптоматика була с манифестационной маской различных заболеваний, основными диагностическими ошибками трактовки процесса как рожистого воспаления (26,7%), инфицированных ран (13,3%) или осложненной патологии вен нижних конечностей (13,3%). Большин-

ство (14; 93,3%) пацієнтів мали признаки полиорганной дисфункции, в том числе 7 (46,7%) - признаки инфекционного токсического шока, а также отмечено значительное увеличение показателей лейкоцитарного индекса интоксикации Кальфа-Калифа (от 3 до 15,3 усл. ед.). Оперированы 14 пациентов, общая летальность составила 60% (9 пациентов), послеоперационная - 57,1%. Сделаны выводы, что начальные этапы некротизирующих инфекций мягких тканей могут проявляться манифестационными масками различных заболеваний. Целесообразным для своевременной диагностики может стать полноценная информированность врачей нехирургического профиля. Лейкоцитарный индекс интоксикации является ранним критерием для оценки тяжести интоксикационного синдрома.

Ключевые слова: некротизирующие инфекции мягких тканей, некротизирующий фасциит, манифестационные маски, диагностические ошибки, лейкоцитарный индекс интоксикации.

Lysiuk I.S., Savchak Y.O., Romanchak D.L.

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES IN TREATMENT OF NECROTIZING INFECTIONS OF SOFT TISSUE

Summary. In the article the retrospective study of the clinical course of the necrotizing infections of soft tissues at 15 patients are presented. At the moment of hospitalization clinical symptoms were with manifestation mask of many other diseases, the most common diagnostic error was interpretation of the process as: erysipelas (26,7%), infected wound (13,3%) or complicated pathology of lower limb veins (13,3%). 14 (93,3%) patients demonstrated symptoms of multiple organ dysfunction, including 7 (46,7%) with toxic shock syndrome, and also the considerable increase of rate of leukocytic index of intoxication of Kalf-Kalif is marked (from 3 to 15,3 c.u.). Surgical treatment was performed in 14 cases, overall mortality accounted for 60 % (9 patients), post-operative mortality - 57,1%. Conclusions are drawn that the initial stages of early necrotizing soft tissue infections can be dried by manifest masks of various diseases. For timely diagnostics full-fledged knowledge of doctors of not surgical profile can become expedient. The leukocytic index of intoxication is early criterion for an assessment of weight of an intoxication syndrome.

Key words: necrotizing soft tissue infections, necrotizing fasciitis, clinical masks, diagnostic errors, leukocytic intoxication index.

Стаття надійшла до друку 10.12.2013 р.

Лисиук Юрій Сергійович - к. м. н., доц. кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 0322 58-74-87, +38 067 368-73-04; Lysiuk_Y@bigmir.net

Савчак Ярослав Олександрович - студент V курсу медичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 098 305-88-564; _yaroslaw_@ukr.net

Романчак Дмитро Любомирович - лікар-хірург 2-го хірургічного відділення КМКЛШМД м. Львова; +38 067 164-08-07, +38 032 258-72-42

© Шаповал С.Д., Савон І.Л., Мартинюк В.Б., Василевська Л.А., Якунич А.М., Максимова О.О., Смирнова Д.О., Софілканіч М.М., Белінська В.О.

УДК: 617.586:616.379-008.64:615.281-085

Шаповал С.Д., Савон І.Л., Мартинюк В.Б., Василевська Л.А., Якунич А.М., Максимова О.О., Смирнова Д.О., Софілканіч М.М., Белінська В.О.

Державний заклад "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України", кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Резюме. Проведено обстеження та лікування 2137 хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи (СДС) за період з 2005 по 2014 рр. (612 хворих - група порівняння, 1525 - основна, групи - репрезентативні). Встановлено, що хворим з поверхневими гнійно-некротичними процесами СДС, яким оперативне втручання проводиться в умовах поліклініки, антибактеріальна терапія (АБТ) може призначатися у вигляді таблетованих засобів. Для хворих II та III груп у стаціонарі при призначенні АБТ слід пам'ятати, що при наявності чутливості до декількох антибактеріальних препаратів, слід використовувати послідовність - від слабкішого до сильнішого, а при ризику MRSA - лінезолід. При розвитку сепсису - препаратами вибору є фторхінолони III - IV генерації, карбапенеми, а при наявності MRSA - лінезолід або ванкомицин до будь-якого режиму АБТ. Запропонована тактика проведення АБТ сприяла зменшенню термінів перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні, в середньому з (33,8±1,5) ліжко/дів в групі порівняння до (21,4±2,4) ліжко/дів в основній групі (t=3,32; p≤0,05), а також зниження післяопераційної летальності з 7,5 до 3,8% ($\chi^2=6,74$; p≤0,05).

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, антибактеріальна терапія.

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 [Шаповал и др., 2011; Gardner et al., 2009]. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 20 - 80% пацієнтів на ЦД і є причиною високих ампутацій з після-

операційною летальністю 5 - 42%, а смертність протягом 5 років після ампутації коливається від 30 до 68% [Бойко и др., 2014; Farogi et al., 2013].

Одним із значущих ускладнень СДС є гнійно-некротичні ураження, що потребують госпіталізації хворих та проведення комплексної терапії, головною скла-