Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантологи
імені 0. 0. Шалімова НАМИ України

КЛІНІЧНА

ХІРУРГІЯ

№ 1 (814) січень 2010
Щомісячний науково-практичний журнал
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений

КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адрес» редакції:

03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».

Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://himrgiya.com.ua>
е - mail: info@himrgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 23.01.11. Формат 60 х 84/в-
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк арк. 9-
Обл. вид. арк 8,82. Тираж 1 500.

Замов. 12

Видавець

ТОВ «Ліга-Інформ»

03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, ЗО.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб’єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»

04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130

® Клінічна хірургія, 2011
© Ліга - Інформ, 2011

9 770023 2 1 3008 >





КЛІНІЧНА

ХІРУРГІЯ

|  |  |
| --- | --- |
| № 1 (814) | січень 201 1 |
| Головний редактор |  |
| М. Ю. Ничитайло |  |
| Заступник |  |
| головного редактора |  |
| С. А. Андреєщев |  |
| РЕДАКЦІЙНА | РЕДАКЦІЙНА |
| КОЛЕГІЯ | РАДА |
| М. Ф. Дрюк | Я. С. Березницький |
| М. П. Захараш | В. В. Бойко |
| В. Е Зубков | М. М. Велігоцький |
| Г. В. Книшов | В. В. Ганжий |
| Г. П. Козинець | Б. С. Запорожченко |
| В. М. Копчак | І. В. Іоффе |
| О. Г. Котенко | Л. Я. Ковальчук |
| Д. Ю. Кривченя | П. Г. Кондратенко |
| В. В. Лазоришинець | І. А. Криворучко |
| О. С. Ларін | В. І. Лупальцов |
| П. М. Перехрестенко | , О. С. Ніконенко |
| С. Є. Подпрятов | М. П. Павловський |
| Ю. В. Поляченко | В. В. Петрушенко |
| А. П. Радзіховський | В. І. Русин |
| Б. В. Радіонов | Ю. С. Семенюк |
| А. В. Скумс | В. М. Старосек |
| І. М. Тодуров | А. І. Суходоля |
| О. Ю. Усенко | С. Д. Шаповал |
| Я. П. Фелештинський |  |
| В. І. Цимбалюк |  |
| В. В. Чорний |  |
| С, О. Шалімов |  |
| П. О. Шкарбан |  |
| нПЗ йма | мчна академія |, я и Ні ....Л |

4 \* ,УІ «\*\*\* W«\*»- щ

**f—g/»r А**

Клінічна хірургія. **—** 201 1. — |\£ 1



ЗМІСТ



**ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

5-8 Фомін П. Д., Іванчов П. В.

Порівняння результатів радикальних та нерадикальних операцій з приводу раку шлунка, ускладненого гострою кровотечею

9-12 Лупальцов В. И., Артемов Ю. В.

Хирургическое лечение гастродуоденальных язв в соответствии с принципами современной противорецидивной терапии с предупреждением послеоперационных осложнений

13-16 Бондарь Г. В., Башеев В. X., Борота А. В., Мирошниченко Е. Ю., Кошик Е. А.

Морфологические изменения тканей при наложении сварного шва на толстой кишке

1"-20 Перехрестенко О. В., Білянський Л. С., КалашнІков О. О., Плегуца О. I.

Внутрішньочеревна гіпертензія у хворих при непрохідності порожнистих органів травного каналу

21-26 Копчак В. М., Копчак К. В., Дувалко А. В., Зелинский А. И., Шевколенко Г. Г, Борисов Б. В., Романив Я. В., Домнич А. Н.

Панкреатодуоденальная резекция в лечении злокачественных периампулярных новообразований

27-31 Гончарова Н. М.

Хірургічне лікування хронічного панкреатиту

32-34 Дронов О. І., Ковальська І. О., Бурміч К. С., Цимбалюк Р. С., Лубенець Т. В., Коваленко А. П.

Прогнозування тяжкості стану хворих на гострий панкреатит

35-40 Данилов М. В., Глабай В. П., Зурабиани В. Г., Гаврилин А. В.

Псевдокисты поджелудочной железы при рецидивирующем панкреатите: традиционная или минимально инвазивная хирургия/эндотерапия. Проблемы выбора стратегии лечения

41-43 Иванова Ю. В., Бойко В. В.

Применение препарата квадроцеф в лечении хирургического сепсиса

44-48 Шаповал С. Д., Рязанов Д. Ю., Савон И. Л., Березницкий Я. С.

Оригинальная клиническая классификация осложненного синдрома диабетической стопы

49-52 Паламарчук В. І., Сіряченко В. Г., Марков К. В., Музь М. I., Шуляренко О. В., Шуляренко Л. В.

Антибактеріальна терапія хворих при синдромі діабетичної стопи

53-5? Маари Ахмед

Поражение ктапанов сердца и его коррекция при миксоме сердца 58-61 Пахольчук М. М.

Обгрунтування строків і методів виконання мікрохірургічних втручань з приводу травматичного пошкодження плечового сплетіння

62-65 Фурманов А. Ю.. Чернышов В. И., Савицкая И. М., Дубович Т. А.

Функциональные и морфологические изменения в сухожилиях и мультимикровакуолярной коллагеновой абсорбирующей системе трехфаланговых пальцев кисти при нарушении артериального притока

66-68 Заруцький Я. Л.. Денисенко В. М., Трутяк I. Р., Олійник Ю. М.

Прогнозування перебігу травматичної хвороби у постраждалих з закритою поєднаною абдомінальною травмою як основний критерій для застосування тактики етапного хірургічного втручання

Размышления о предложенной С. Д. Шаповалом и соавторами классификации осложненного
синдрома диабетической стопы

**ЮВ1ЛЕ1**

71-72 Сергей Александрович ГЕШЕЛИН

К 80-летаю со дня рождения

**ДИСКУСІЯ**

69-70 Рязанов Д. Ю.

Л

-Сіінічна хірургія. — 201 1. — І\|а 1



УДК 616.379—008.6-1+617.58]—085:615.33

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В. І. Паламарчук, В. Г. Сіряченко, К. В. Марков. **З/.** І. У; з ь. О. В. Шуляренко, Л. В. Шуляренко

Національна медична академія післядипломної освіти .- <? - .7.7. Шупика МОЗ України,

Київська міська кзінічна лікарня № 8,

Інститут ендокринології імені В. П. Комісаренка H-J .' с сіїніс. м. Київ

ANTIBACTERIAL T**HERA**PY IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

V I. Palamarcbuk, V. G. Siryachenko, K. V. Markov .. M.I. Muz”, О. V. Shulyarenko, L. V. Shulyarenko

РЕФЕРАТ

Проаналізований характер мікрофлори у падіс-ггд -Сст- дійними ускладненнями синдрому діабетичн: і ст: са .1 Вивчено ефективність сучасних антибактеріальних ... •' j ігл емпіричної і цілеспрямованої терапії.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, інфе • . .

нення; антибактеріальна терапія.

SUMMARY

Characterofraicroflorainpatientswithmfe:::::.. .. -- ::

diabetic foot syndrome was analysed. The efficacy :< r oem ir.t;- bacterial preparations for empirical and уг-еді; cr;: -лл -:c:- ied up.

Key words: diabetic foot syndrome: infect:::: . ~: :л: • bacterial therapy.

\*

Ризик виникнення СДС у хворих на цукровий діабет за тривалості захворювання понад 20 років збільшується до 75% [1 - 3]. Майже 40 - 70% всіх опе­рацій нетравматичної ампутації кінцівки виконують у хворих з приводу СДС, що становить важливу психо­логічну й економічну проблему [4, 5]. Гангренозне ураження стопи у ЗО - 50% спостережень закінчуєть­ся ампутацією кінцівки [6]. Зберегти кінцівку в 16 разів економічно вигідніше, ніж виконати її ампу­тацію, реабілітувати хвцрого, надавати соціальну підтримку, здійснювати протезування [2, 7,8].

За даними мікробіологічного дослідження вмісту пошкоджених ділянок шкіри у хворих з СДС виявлені полівалентні асоціації мікроорганізмів, що включа­ють від 2 до 14 різновидів аеробних, факультативно анаеробних і облігатно анаеробних неспороутворю- ючих збудників [5, 9, 10]. Емпіричну терапію з вико­ристанням антибіотиків широкого спектру дії прово­дять до отримання результатів мікробіологічного дослідження з встановленням збудників, що най­частіше виявляють у таких хворих. Цілеспрямовану антибактеріальну терапію проводять тільки після от­римання антибіограми, беручи до уваги також ди­наміку перебігу ранового процесу.

Мета роботи: оптимізація антибактеріальної те­рапії у хворих з інфекційними ускладненнями СДС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати застосування антибіо­тиків у 101 пацієнта з СДС. Вік хворих від 26 до 85 років; чоловіків було 42, жінок - 59. Невропатична форма СДС діагностована у 58, нейроішемічна - у 43 хворих. Перший епізод гнійного ускладнення відзна­чений у 66, повторні епізоди, з приводу яких раніше проводили антибактеріальну терапію - у 35 хворих. Тривалість існування цукрового діабету становила у середньому 15 років. Цукровий діабет І типу діагнос­тований у 14 (13,86%) хворих, II типу - у 87 (86,14%). Оперовані у стаціонарі 89 (88,12%) хворих.



Клінічна хірургія. — 201 1. — N2 1

Домінуюча мікрофлора, виявлена у хворих, наве­дена у табл. 1.

Таблиця 1. Мікроорганізми, що найчастіше виявляли в обстеже них хворих

|  |  |
| --- | --- |
| Мікроорганізми | Частота виявлення, % |
| Факультативні анаероби |
| Staphilococcus aureus | 39,6 |
| MRSA | 6,93 |
| Staphilococcus epidermidis | 9,9 |
| Staphilococcus saprophyticus | 2,97 |
| Acinetobacter sp p. | 3,96 |
| Облігатні анаероби |
| Peptostreptococcus spp. | 6,93 |
| Bacteroides fragilis | 2,97 |
| Peptococcus spp. | 3,96 |
| Аероби |
| Pseudomonas aeruginosa | 3,96 |
| Інші мікроорганізми | 22,77 |
| Enterobacter aerogenes |
| Escherichia coli |
| Streptococcus pyogenes |

Наявність асоціацій мікроорганізмів поєднува­лась з значним бактеріальним забрудненням тканин рани —107 — 109 мікробних тіл в 1 г тканини.

Емпіричну антибактеріальну терапію проводили з використанням різних поєднань препаратів з огляду на вид ймовірного збудника (який найчастіше вияв­ляють при досліджуваній патології), беручи до уваги дані літератури і власний досвід клініки. Вона засто­сована у 66 (65,35%) хворих з використанням ан­тибіотиків різного спектру дії (табл. 2).

Етіотропну антибактеріальну терапію призначали після отримання результатів мікробіологічного до­слідження, необхідність її проведення зумовлена ви­явленням нових штамів мікроорганізмів (реінфіку- вання рани, поява стійких штамів); відсутністю клі­нічного ефекту протимікробної терапії, яку проводи­ли раніше; виникненням ускладнень або побічних ре­акцій, пов'язаних з застосуванням будь-якого ан­тибіотика. Вибір антибіотиків, корекцію їх дози про­водили на підставі аналізу функціонального стану ни­рок, метаболізму печінки. Такий підхід застосований у 35 (34,65%) хворих (табл. 3).

Тривалість антибактеріальної терапії у середньому 10-15 діб (максимальна у 2 хворих - 27 діб). Кри­теріями припинення антибактеріальної терапії вва­жали: чіткий клінічний ефект, зменшення ступеня мікробного забруднення ран до 102 мікробних тіл в 1 г тканини.

Слід відзначити, що антибактеріальна терапія є елементом комплексу лікування пацієнтів, до якого включені: корекція вмісту глюкози в крові (дієтоте­рапія, застосування інсуліну), покращання мікроцир- куляції (трентал), некректомія, перев'язки з викорис­танням протеолітичних ферментів, гіпертонічного (10%) розчину натрію хлориду, мазі Мірамістин. Відповідно до даних імунограм, доповнювали як емпіричну, так і етіотропну антибактеріальну терапію імуномодуляторами (ронколейкін, поліоксидоній) за схемами виробника. При виявленні мікотичного ура­ження використовували гель ламізил, нізорал. За на­явності гангрени пальців, норицевої форми остеоар- тропатії фаланг або плесно-фалангових суглобів на тлі консервативного лікування здійснювали ампу-

Таблиця 2. Схеми застосування антибіотиків в емпіричній терапії

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Таблетовані форми антибіотиків | Кількістьхворих | Антибіотики для парентерального введення | Кількістьхворих |
| Ко-амоксиклав(амоксицилін+клавулонова кислота) | 4 | Коломіцин+флуксоксацилін+мератин(орнідазол) | 6 |
| Ко-тримаксазол+мератин(орнідазол) | 6 | Цефатоксим + мератин (орнідазол) | 4 |
| Ципрофлоксацин+мератин(орнідазол) | 6 | Ампіцилін+гентаміцин+мератин(орнідазол) | 3 |
| Ципрофлоксацин+кліндаміцин | 5 | Ко-амоксиклав | 7 |
| Флуксоксацилін+ампіцилін+мератин(орнідазол) | 3 | Ципрофлоксацин + мератин (орнідазол) | 3 |
|  |  | Кліндаміцин + гентаміцин | 1 |
|  |  | Цефтазидим + мератин (орнідазол) | 1 |
| МОНОТЕРАПІЯ |
| Ципрофлоксацин | 2 | Іміпенем (тієнам, меронем) | 2 |
| Кліндаміцин | 1. | Сульперазон | 2 |
| Ампіцилін/сульбактам | 1 | Фторхінолони (левофлоксацин, моксифлоксацин) | 2 |
| Левофлоксацин | 2 | Цефалоспорини III - IV покоління | 2 |
| Моксифлоксацин | 1 | Глікопептиди, оксазолідинони | 2 |

Клінічна хірургія. — 201 1. **—** № 1



тацію пальців з резекцією голівок плеснових кісток з обов'язковим видаленням сухожиль якнайпрокси- мальніше. При флегмоні стопи і гомілки негайно роз­кривали гнійник, у подальшому проводили неоюпозу- ючі перев'язки. Розвантаження пошкодженої кінцівки за допомогою милиць та знімної гіпсової лонгети за­стосовували до повного очищення ран від некрозу.

Мікробіологічне дослідження проводили за за­гальноприйнятими методами. Чутливість мікроор­ганізмів до антибіотиків визначали методом дифузії в агар з використанням дисків, що містять 5 мг того чи іншого препарату. Мінімальну пригнічувальну кон­центрацію антибіотиків щодо патогенних штамів мікроорганізмів визначали методом серійних розве­день.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність проведеної терапії оцінювали за клінічними даними і результатами даних мікробіоло­гічного дослідження.

Клінічну ефективність визначали за динамікою як загальних (покращання загального стану хворого, зниження або нормалізація температури тіла, змен­шення кількості лейкоцитів, вираженості паличко- ядерного зсуву лейкоцитарної формули), так і локаль­них (зменшення або усунення перифокального запа­лення, відмежування вогнищ некрозу, тенденція до очищення ран, зменшення їх розмірів) проявів інфекційного процесу. Мікробне забруднення рани зменшувалось у середньому до 102 мікробних тіл в 1 г тканини, до початку лікування - становило 105 і більше. До початку7 лікування у більшості (майже 80%) хворих тип цитограми був гнійно-запальний або гнійно-некротичний, з переважанням у відбитках відповідно нейтрофільних гранулоцитів у стадії роз­паду, а також в стані дегенерації і деструкції. В усіх хворих в цитограмах виявлені макрофаги з незавер­шеним фагоцитозом. На 9 - 10—ту добу завдяки пра­вильно підібраній антибактеріальній терапії тип ци­тограми змінювався переважно на запальний (у 32,67% хворих) і запально-регенераторний (у 46,53%), що характеризувалось домінуванням нейт- рофільної реакції, значною кількістю макрофагів з активним фагоцитозом, появою у відбитках фіброб­ластів.

Доведено високу ефективність (85 - 100%) ван- коміцину, оксациліну. ципрофлоксацину, офлоксаци- ну, левофлоксацину - при переважанні у джерелі інфекції Staphylococcus aureus; ванкоміцину, лине- золіду - за наявності метицилінрезистентного золо­тистого стафілококу (MRSA). При інфекції, зумов­леній Escherichia coli. високоефективні (80 - 100%) гентаміцин, амікацин. цефтазидим, цефепім, іміпе- нем, меронем. Виявлена ефективність амікацину, це- фепіму (80 - 100%) щодо Pseudomonas aeruginosa;

Таблиця 3. Етіотропна терапія

|  |  |
| --- | --- |
| Схеми застосування антибіотиків | Кількістьхворих |
| Ко-амр конклав | 4 |
| Кліндаміцин + мератин (орнідазол) | 4 |
| Ципрофлоксацин + мератин | г |
| (орнідазол) | j |
| Цефтріаксон + мератин (орнідазол) | 3 |
| Цефтазидим+ мератин (орнідазол) | 4 |
| Цефепім | 4 |
| Левофлоксацин | 3 |
| Моксифлоксацин | 3 |
| Ванкоміцин | 3 |
| Зивокс (лінезолід) | 4 |

ко-амоксиклаву, ципрофлоксацину, левофлоксаци­ну, моксифлоксацину, іміпенему (80 - 100%) щодо Enterococcus spp., Bacteroides fragilis.

В усіх хворих з метою впливу на анаеробну мікро­флору з високою ефективністю застосовували мера- тин (орнідазол).

На нашу думку, незадовільні результати лікування пацієнтів з СДС зумовлені: 1) пригніченням імунітету, про що свідчить лімфопенія, дисбаланс субпопуляцій Т-лімфоцитів, накопиченням в крові циркулюючих імунних комплексів, пригніченням фагоцитарної ак­тивності нейтрофільних гранулоцитів і макрофагів; 2) порушенням тканинного кровообігу, спричиненим ураженням дрібних судин, до якого приєднується ате­росклеротична оклюзія магістральних судин; 3) поєднанням гнійної інфекції з глибокими порушен­нями всіх видів обміну в організмі, що спричиняє по­яву ацидозу, гіпоксії, метаболічної інтоксикації; 4) на­явністю асоціацій анаеробних та аеробних мікроор­ганізмів.

ВИСНОВКИ

1. Препаратами вибору під час емпіричної терапії у хворих з інфекційними ускладненнями СДС є захи­щені пеніциліни, цефалоспорини II—III покоління, лінкозаміни, фторхінолони II - IV покоління, аміно- глікозиди. За поверхневих інфекційних ускладнень виявляють грампозитивну мікрофлору, при цьому найбільш ефективні захищені пеніциліни, лінко­заміни; оксазолідинони, глікопептиди - щодо MRSA золотистого стафілококу. Для поширених і глибоких гнійно-некротичних процесів більш характерні асоціації анаеробних та аеробних збудників, до яких активні фторхінолони і бета-лактами у поєднанні з мератином (орнідазол), лінкозамінами, також висо­коактивні аміноглікозиди в поєднанні з кліндаміци- ном.
2. Препаратами вибору для цілеспрямованої те­рапії є фторхінолони III - IV покоління, цефалоспо­рини III - IV покоління, глікопептиди і оксазолідино­ни.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ЯВЦУ-Д Клінічна хірургія. — 201 1. — РФ 1 |  |
|  | ЛІТЕРАТУРА | 6. Шляпников С. А. Антибактериальная терапия сепсиса / С. А. |

1. Хирургическое лечение трофических язв и гангрены у больных

сахарным диабетом / Н. В. Гладун, С. Е. Кирияк, А.Т. Васкан [и др.]. - М.: Наука, 2000. - 214 с.

1. Гурьева И. В. Профилактика, лечение, медико-социальная реа­

билитация и организация междисциплинарной помощи боль­ным с синдромом диабетической стопы : автореф. дне.... д-ра мед. наук/ И. В. Гурьева. - М., 2001. - 32 с.

1. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections / B. A. Lipsky, A. R. Berendt, H. G. Deery [et al.] // Clin. Inf. Dis. - 2004. - Vol. 39- - P. 885 - 9Ю.
2. Опыт лечения больных с осложненными формами синдрома ди­

абетической стопы / Г. Д. Бабенков, Ф. Т. Соляник, П. В. Миро­шниченко [и др.] // Укр. мед. альманах. - 2006. - № 1. - С. 53 - 54

Шляпников. - М.: Наука, 2002. - 214 с.

1. Григорьева Ю.Ф. Актуальные вопросы преемственности диагно­

стики и комплексного лечения больных с синдромом диабети­ческой стопы / Ю.Ф. Григорьева, О. А. Балтрушевич. - М.: Раду­га, 2000. - 187 с.

1. International Consensus on the Diabetic Foot (by the International Working Group on the Diabetic Foot). - Amsterdam, 1999. - 193 P-
2. Заремба В. C. Комплексне лікування гнійних ран нижніх кінцівок

у хворих з синдромом діабетичної стопи / В. С. Заремба // Клін. хірургія. - 2008. - № 11-12. - С. 13-14.

1. Яремин Б. И. Стандарты диагностики и обследования больных с синдромом диабетической стопы из групп риска / Б. И. Яре­мин. - Самара, 2006. - 53 с.
2. Синдром диабетической стопы / И. И. Дедов, М. Б. Анциферов, Г. Р. Галстян, А. Ю. Токмакова. - М.: Федерал, диабетол. центр М3 РФ, 1998. - 42 с.

А