

вующем бронхолитике (табл. 3). Динамика ОФВ 1 в процессе лечения в группах сравнения представлена на рис. 1. Были выявлены достоверные отличия этого показателя не только на 7, но и на 14 день наблюдения, что свидетельствует о том, что изопринозин препятствовал развитию тяжелого обострения БА.

Таблица 1

Характеристика больных, включенных в исследование

Параметры	Группа 1 n=23	Группа 2 n=25
Мужчины/женщины	10/13	11/14
Средний возраст, лет	53,8±3,2	54,1±2,9
Длительность БА, лет	18,2±8,9	17,9±8,5
Длительность ОРВИ, дни	3,4±0,2	3,1±0,3
Кашель, баллы	1,7±0,4	1,8±0,5
Одышка, баллы	2,6±0,6	2,5±0,7
Затрудненное носовое дыхание, баллы	2,2±0,2	2,3±0,3
Свистящие хрипы, баллы	2,8±0,2	2,6±0,3
Потребность в коротком бронхолитике, количество доз в сутки	3,8±0,8	4,0±0,9
Средняя t, C	37,4±0,5	37,3±0,4
ЧДД, в мин	19,1±1,6	18,8±1,5
ЧСС, в мин	88,9±6,7	92,2±5,5
ОФВ 1, %	62,5±2,8	63,3±2,9

Таблица 2

Клинические симптомы ОРВИ и БА на 3 день лечения

Симптомы	Группа 1 n=23	Группа 2 n=25
Кашель, баллы	1,5±0,4	1,5±0,3
Одышка, баллы	2,3±0,6	2,4±0,7
Затрудненное носовое дыхание, баллы	1,4±0,2*	2,0±0,3
Свистящие хрипы, баллы	1,8±0,2*	2,5±0,3
Потребность в короткодействующем бронхолитике, количество доз в сутки	3,2±0,8	3,4±0,9
Средняя t, C	36,2±0,5*	37,0±0,4
ЧДД, в мин	17,1±1,6*	18,8±1,5
ЧСС, в мин	78,9±5,3*	88,2±4,9
ОФВ 1, %	66,5±2,5	65,3±2,7

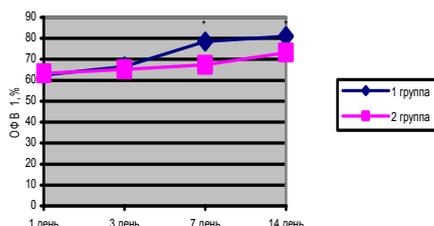
Примечание: * – p<0,05 – различия достоверны в группах сравнения

Таблица 3

Клинические симптомы ОРВИ и БА на 7 день лечения

Симптомы	Группа 1 n=23	Группа 2 n=25
Кашель, баллы	1,7±0,8	1,9±0,7
Одышка, баллы	1,3±0,5*	2,6±0,6
Затрудненное носовое дыхание, баллы	1,2±0,2*	1,7±0,3
Свистящие хрипы, баллы	1,4±0,2*	2,6±0,4
Потребность в короткодействующем бронхолитике, количество доз в сутки	1,4±0,8*	3,6±0,7
Средняя t, C	36,1±0,3	36,3±0,4
ЧДД, в мин	16,2±1,3*	18,5±1,3
ЧСС, в мин	72,9±4,5*	82,2±3,9
ОФВ 1, %	78,5±2,8*	67,3±3,1

Примечание: * – p<0,05 – различия достоверны в группах сравнения



Примечание: * – p<0,05 – различия достоверны в группах сравнения

Рис. Динамика ОФВ 1 в процессе наблюдения в группах

Наше исследование подтвердило хорошую переносимость изопринозина. Ни у кого из наблюдаемых пациентов не было

выявлено субъективных и объективных неблагоприятных явлений при приеме препарата. Лишь один пациент указал на неудобство применения, связанное с кратностью приема.

Выводы. Иммуномодулирующий и противовирусный синтетический препарат изопринозин (TEVA) является эффективным лекарственным средством для терапии ОРВИ у больных БА. Применение его позволяет облегчить течение вирусной инфекции, но и предупредить развитие тяжелых обострений БА. Препарат хорошо переносится, что важно для больных, имеющих аллергическую природу заболевания.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики хронической бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 / Пер. с англ. Под ред. Чучалина А. Г. М.: Атмосфера, 2007. 104 с.
2. О. В. Зайцева. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей. Пульмонология. 2007. №4. С.106–111.
3. А. Г. Чучалин, А. Н. Цой, В. В. Архипов и др. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой. Пульмонология. 2005. №5. С.94–102.
4. Beasley R. The Global Burden of Asthma Report, GINA. Available from <http://www.ginasthma.org>; 2004
5. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59 (5): 469–78.
6. Newson R, Strachan D, Archibald E, Emberlin J, Hardaker P, Collier C. Acute asthma epidemics, weather and pollen in England, 1987-1994/ Eur. Respir. J 1998; 11(3):694–701
7. Tan WS. Viruses in asthma exacerbations. Curr Opin Pulm Med. 2005; 11(1): 21–6
8. Tillie-Leblond I, Gosset P, Tonnel AB. Inflammatory events in severe acute asthma. Allergy 2005;60(1):23–9.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF ISOPRINE FOR TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

E.P. KARPUKHINA, A.V. NIKITIN

Voronezh Burdenko state medical academy

The article shows results of research of application of Isoprinosine for treatment of acute respiratory viral infections of patients with bronchial asthma. Its application relieves course of viral infection, prevents appearance of severe complications of bronchial asthma.

Key words: isoprine, bronchial asthma, trigger.

УДК: 616.367-006-089.168.1-06-036.88

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ СМЕРТНОСТЬ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.С.КОВАЛЕНКО, Ю.А.ПАРХИСЕНКО*

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 250 пациентов, находившихся на лечении в Воронежской областной клинической больнице (ВОКБ) №1 г.Воронежа с 2000 года по 2009 год по поводу опухолей и предраковых заболеваний внепеченочных желчных протоков, в исследовательскую группу также были включены больные механической желтухой при метастатическом поражении желчного дерева или прямого прорастания опухоли, за исключением патологии поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки (ДПК). За последние 10 лет отмечен рост заболеваемости опухолями внепеченочных желчных протоков среди которых увеличилась встречаемость рака общего желчного протока. Возросла ранняя диагностика рака общего желчного протока и Фатерова соска, связанная с улучшением диагностической техники и более полным обследованием больного. Увеличилась встречаемость метастатического и прямого поражения при прорастании опухоли при раке не относящимся к панкреатобилиарной зоне. Среди осложнений после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) по поводу рака Фатерова соска или общего желчного протока преобладают воспалительные и гнойносептические. Внутрибольничная смертность при раке внепеченочных желчных протоков составила 7,6%, при этом периоперационная смертность составляет 2,8% от общего количества больных. Не оперированные больные погибают в стационаре от ОПН и ОПечН, связанных с поздней диагностикой рака, при этом преобладает холангиокарцинома.

Ключевые слова: внутрибольничная смертность, панкреатобилиарная зона, холангиокарцинома

* Воронежская ГМА им Н.Н. Бурденко, кафедра госпитальной хирургии (ректор И.Э.Есауленко.)Россия, г.Воронеж, ул.Студенческая, д.10, индекс 394000, тел.(84732)574717

Используя данные Эпидемиологической Выживаемости и Конечных Результатов, которые представляют 10-14% общего населения США, с течением времени отмечается возрастание случаев холангиокарциномы на 165% с 0,32 на 100000 человек во время 1975-1979 г до 0,85 на 100000 во время 1995-1999 г. Это увеличение встречается во всех возрастных группах, особенно у людей старше 65 лет и не зависит от пола. В дополнение к сказанному надо заметить, что увеличение заболеваемости обусловлено усовершенствованием диагностической техники, такой как компьютерная томография, магнитная резонансная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, которые являются широко распространенным достижением последних двух десятилетий [5].

Предоперационное дренирование желчных протоков при их злокачественной обструкции используется в качестве подготовительного этапа перед радикальной операцией. Введение дренажа может приводить к осложнениям, включающим сепсис, холангит и более редко канальное распространение опухоли (имплантационные метастазы), желчный перитонит, гемобилию [6].

Радикальное хирургическое лечение открывает перспективу длительной выживаемости больных холангиокарциномой [3,4,7]. Хирургическое лечение опухоли Клатскина связано с большими трудностями. Расположение в воротах печени, в непосредственной близости к воротной вене, ветвям печеночной артерии, делает крайне опасными радикальные операции и формирование желчеотводящих анастомозов в воротах печени [1], но подобные операции обеспечивают удовлетворительное качество жизни, значительно продлевают жизнь больных [2]. Метод выбора лечения дистальной холангиокарциномы-панкреатодуоденальная резекция, при этом 5 летняя выживаемость достигает 20-30% [8]. К послеоперационным осложнениям, выполненным по поводу холангиокарциномы относят преходящую печеночную недостаточность, желчеистечение, кровотечение, сепсис, раневую инфекцию, желудочно-кишечное кровотечение, почечную недостаточность, торакальную инфекцию, тромбоз воротной вены, ТЭЛА [4].

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 250 пациентов, находившихся на лечении в Воронежской областной клинической больнице (ВОКБ) №1 г. Воронежа с 2000 года по 2009 год по поводу опухолей и предраковых заболеваний внепеченочных желчных протоков, в исследовательскую группу также были включены больные механической желтухой при метастатическом поражении желчного дерева или прямого прорастания опухоли, за исключением патологии поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Помимо этого было учтено 120 повторных госпитализаций. В исследовательскую группу вошло 137 женщины и 113 мужчин в возрасте от 17 до 85 лет. Количество городских жителей составило 62 человека. 43 больных не имели злокачественных новообразований.

При первом поступлении в стационар всем онкологическим больным для разгрузки желчного дерева производили чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию под ультразвуковым контролем (ЧХСУЗК). После разрешения желтухи, обычно через 20-30 дней, при возможности производили радикальное или паллиативное хирургическое лечение. Следует отметить больного П. 47 лет, которому была произведена левосторонняя гемигепатэктомия с предположительным диагнозом опухоль Клацкина (Бисмут 3Б), метастазы в левую долю печени. При гистологическом исследовании выявлен гнойный холангит, абсцессы левой доли печени. Оперативное вмешательство было перенесено относительно хорошо.

Далее в статье правый и левый печеночные протоки, общий печеночный проток объединены термином печеночные протоки.

Результаты и их обсуждение. По заболеваемости лидирующее место занимает холангиокарцинома внепеченочных желчных протоков (35,6%). Наиболее редко встречается рак желчного пузыря, который преимущественно диагностируется на поздних стадиях развития, когда возможно только паллиативное пособие.

Заболеваемость раком Фатерова соска составила 22%. Не выявлено достоверного увеличения заболеваемости данной патологией за 2000-2009 гг., но возросло количество ранней диагностики, позволившее повысить радикальное хирургическое лечение (рис. 2).

Заболеваемость холангиокарциномой внепеченочных желчных протоков имеет тенденцию к росту, преимущественно за счет рака IV стадии (рис. 3). Среди данной патологии отмечен

рост встречаемости рака общего желчного протока (ОЖП) с тенденцией к ранней диагностике (рис. 4). Снижение количества больных в 2009 году может быть связано с сокращением хирургического отделения ВОКБ №1 почти в два раза с 60 до 40 коек. Встречаемость метастатического и прямого поражения желчного дерева раком, не относящимся к панкреатобилиарной зоне, увеличилась. При этом лидирует рак желудка, как за счет метастазов в регионарные лимфатические узлы, так и за счет прямого прорастания желчных протоков (рис. 5).



Рис. 1. Диаграмма заболеваемости раком желчного пузыря за 2000-2009 годы. В строках приведено количество больных в зависимости от стадии заболевания.



Рис. 2. Диаграмма заболеваемости раком Фатерова соска за 2000-2009 годы. В строках приведено количество больных в зависимости от стадии заболевания.



Рис. 3. Диаграмма заболеваемости раком печеночных протоков за 2000-2009 годы. В строках приведено количество больных в зависимости от стадии заболевания.



Рис. 4. Диаграмма заболеваемости раком ОЖП за 2000-2009 годы. В строках приведено количество больных в зависимости от стадии заболевания.

После 66 оперативных вмешательств умерло 7 больных (10,61%), что составило 2,8% от всех больных пролеченных по поводу рака внепеченочных желчных протоков. Панкреатодуоде-

нальных резекций (ПДР) произведено 36, из них по поводу рака фатерова соска 31 операция, меланомы желчного пузыря с метастазами в ДПК 1, рака ОЖП 4. % от общего количества желчных протоков: Абсцессы брюшной полости, анстомозит – 11,11; несостоятельность анастомозов – 5,56, гематома брюшной полости – 2,78, холангит, лимфофореф, трубчатый свищ, плеврит по – 2,78.

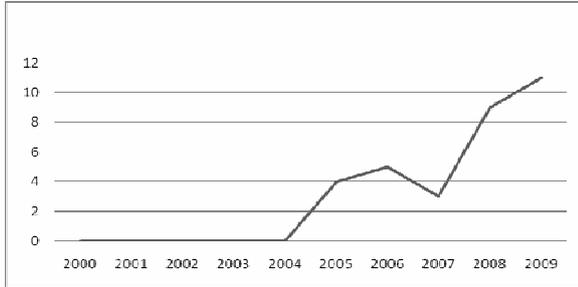


Рис. 5. График заболеваемости при метастатическом и прямом поражении желчного дерева раком, не относящимся к панкреатобилиарной зоне за 2000-2009 годы. По вертикали отмечено количество больных.

Один больной умер от острой почечной (ОПН) и печеночной (ОПечН) недостаточности на фоне развившегося холангита, что составило 2,77% от проведенных ПДР.

В качестве паллиативного лечения наложено 15 билиодигестивных анастомозов (БДА), при этом умерло 2 человека (13,33%) от ОПН и ОПечН. У обоих больных был рак IV стадии. В одном случае (6,67%) после наложения БДА отмечалась несостоятельность швов. Резекция желчных протоков произведена в 4 случаях (2 по поводу рака ОЖП), осложнение в виде внутрибрюшного кровотечения наблюдалось 1 раз (25%), гнойный холангит и абсцесс брюшной полости 1 (25%). При раке желчного пузыря выполнено 5 холецистэктомий, одна из них с атипичной резекцией печени; 1 больной умер (20%) от полиорганной недостаточности. У погибшего больного холецистэктомия была проведена по поводу перфорации рака желчного пузыря и развившегося перитонита.

Попытка радикального хирургического лечения при холангиокарциноме печеночных протоков выполнена в 6 случаях. Правосторонний гемигепатэктомия (ПГГЭ) 5, три из которых с резекцией и последующей пластикой воротной вены (ПГГЭ+РВВ). Отмечались следующие осложнения: перитонит 1 (16,67%), холангит 1 (16,67%), кровотечение из острой язвы ДПК 1 (16,67%), внутрибрюшное кровотечение 1 (16,67%), пневмония 1 (16,67%), плеврит 1 (16,67%). Двое больных после ПГГЭ+РВВ умерли от последствий развившегося синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), 66,67% от ПГГЭ+РВВ или 33,33% от ПГГЭ. Выживший единственный больной после ПГГЭ+РВВ прослежен в течение длительного времени, смерть констатирована через 5 лет от рецидива рака, развившегося на пятый год послеоперационного периода. Одна левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) осложнилась апостематозным гепатитом и сепсисом, что привело к полиорганной недостаточности и смерти. На рис. 6 представлена круговая диаграмма периоперационной смертности.

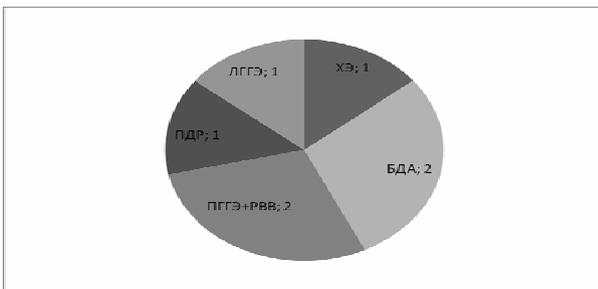


Рис. 6. Круговая диаграмма периоперационной смертности.

Не периоперационная внутрибольничная смертность 12 человек (4,8%) связана с острой печеночной и почечной недостаточностью у тяжелобольных с поздно диагностированной IV стадии рака, когда даже разгрузка желчного дерева после чре-

скожной чреспеченочной холангиостомии под ультразвуковым контролем не приносила лечебного эффекта. При этом преобладает смертность при холангиокарциноме, что связано с поздней диагностикой и трудно поддающейся лечению печеночной недостаточностью (рис. 7).

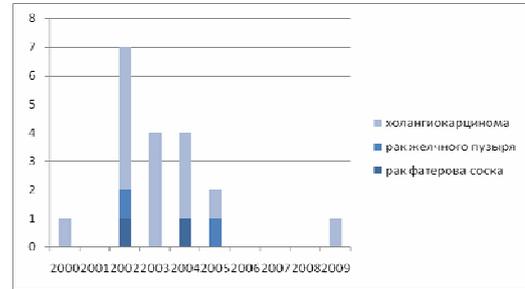


Рис. 7. Столбчатая диаграмма внутрибольничной смертности.

Выводы. 1. За последние 10 лет отмечен рост заболеваемости опухолями внепеченочных желчных протоков среди которых увеличилась встречаемость рака общего желчного протока. 2. Возросла ранняя диагностика рака общего желчного протока и Фатерова соска, связанная с улучшением диагностической техники и более полным обследованием больного. Это сделало возможным радикальное хирургическое лечение. Но, тем не менее, выявлена только одна холангиокарцинома общего желчного протока и ни одного рака печеночных протоков в I стадии заболевания. 3. Увеличилась встречаемость метастатического и прямого поражения при прорастании опухоли при раке не относящимся к панкреатобилиарной зоне. 4. Среди осложнений после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) по поводу рака Фатерова соска или общего желчного протока преобладают воспалительные и гнойносептические. 5. Внутрибольничная смертность при раке внепеченочных желчных протоков составила 7,6%, при этом периоперационная смертность составляет 2,8% от общего количества больных. 6. Не оперированные больные погибают в стационаре от ОПН и ОПечН, связанных с поздней диагностикой рака, при этом преобладает холангиокарцинома.

Литература

1. Операции на печени. Руководство для хирургов/ Вишневский В.А. и др. М.; Миклош, 2003.
2. Руководство по хирургии желчных путей/ Гальперин Э.И. и др. М.; Издательский дом Видар-М, 2006.
3. Igami T, Nishio H, Ebata Y, Yokoyama Y, Sugawara G, Nimura Y, Nagino M. // Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the «new era»: the Nagoya University experience. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2009 Oct 6. [Epub ahead of print].
4. Young A.L., Prasad K.R., Toogood G.J., Lodge J.P. // Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in a new era: comparison among leading Eastern and Western centers, Leeds. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2009 Oct 28. [Epub ahead of print]
5. Liver and Biliary Tract Surgery/ Karaliotas C.Ch. et al. Springer Wien NewYork, 2006.
6. Laurent A., Tayar C., Cherqui D. // Cholangiocarcinoma: preoperative biliary drainage (Con). HPB (Oxford). 2008. Vol.10, №2. P. 126–129.
7. Ustundag Y., Bayraktar Y. // Cholangiocarcinoma: a compact review of the literature. World J Gastroenterol. 2008. Vol.14, №42. P. 6458–6466.
8. Veillette G., Castillo CF. // Distal biliary malignancy. Surg Clin North Am. 2008. Vol.88, №6. P. 1429–1447.

INTRAHOSPITAL DEATH RATE AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AT TUMORAL DEFEAT EXTRAHEPATIC BILE DUCTS.

F.S. KOVALENKO, YU.A. PARKHISENKO

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko, Chair of Surgery

The retrospective analysis of histories of illnesses of 250 patients who were on treatment in the Voronezh regional clinical hospital (VRCH) №1 of Voronezh since 2000 for 2009 concerning tumours and precancer diseases extrahepatic bile ducts is carried out, in re-

search group also have been included patients with a mechanical jaundice causing metastatic defeat of a biliary tree or direct germination by a tumour, except for a pathology of a pancreas and a duodenal. For last 10 years growth of case rate by tumours extrahepatic bile ducts among which is noted occurrence of a cancer of the general bile duct has increased. Early diagnostics of a cancer of the extrahepatic bile ducts and Vateri papillae bind with improvement of the diagnostic technics and fuller inspection of the patient. Occurrence of metastatic and direct defeat has increased at germination by a tumour at a cancer not concerning to the pancreatobiliari zone. Among complications after Wipple resections concerning cancer Vateri papillae or the general bile duct prevail inflammatory and septic-purulent. Intrahepatic death rate at a cancer of extrahepatic bile ducts has made 7,6%, thus perioperative death rate consists 2,8% from total account patients. Not operated patients was lost in a hospital from sharp nephritic and hepatic insufficiency, connected with late diagnostics of a cancer, thus prevails cholangiocarcinome.

Key words: intrahepatic death

УДК 617.586:616.379-008.64-08

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ю.Н. АЛИМКИНА, С.В. ЕРМОЛЕНКО, О.Е. МИНАКОВ,
И.П. МОШУРОВ, Ю.А. ПАРХИСЕНКО*

В настоящее время необоснованно рассматривать лечение некротических ран антибиотиками без хирургической обработки, так же как выполнять хирургические вмешательства без сопровождения антибактериальным лечением. Наилучшие результаты в лечении достигнуты посредством комбинации оперативных и антибактериальных методов лечения. Этиотропная антибактериальная обработка, объединенная с консервативными методами терапии, позволяет преобразовывать влажную гангрену в сухую, увеличивать список признаков для «минимальных» ампутаций, сокращать количество высоких ампутаций и общей смертности среди 86,6% пациентов.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, хирургические вмешательства, некротизирующие раны

Сахарный диабет (СД) – самое распространённое эндокринное заболевание во всем мире. В среднем 4-5% населения планеты страдает сахарным диабетом, в России – от 3 до 6%, в США – от 10 до 20% [1,2].

На фоне диабетической микро- и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии развивается такое осложнение СД, как синдром диабетической стопы (СДС) – сложный комплекс аномально-функциональных изменений, приводящий к развитию язвенно-некротического и инфекционного процесса, а в дальнейшем - и гангрены стопы. Основными причинами заболеваемости, госпитализации и смертности этой категории больных являются инфекционные процессы нижних конечностей. По данным Комитета здравоохранения г. Москвы, изменения стоп встречаются у 30-80% больных сахарным диабетом [2,3].

Антимикробная терапия больных с различными формами диабетической стопы является одним из важных компонентов консервативного лечения. Инфекция – обычное осложнение формирующихся язв (ран) на стопе. Неконтролируемая или плохо контролируемая инфекция существенно ухудшает прогноз вероятности сохранения конечности или даже самой жизни [4].

Одной из наиболее сложных задач, встающих перед хирургом при лечении больных с гнойно-некротическими поражениями стопы на фоне СД, является решение вопроса о проведении адекватной антимикробной терапии [5,6], необходимость которой не вызывает сомнений. Так, этиотропная антибактериальная терапия в комплексе с методами консервативной терапии, направленной на дезинтоксикацию, гемо- и реокоррекцию, позволяет у 86,8% больных перевести влажную гангрену в сухую, расширить показания к «малым» ампутациям (ампутации ниже уровня коленного сустава) и уменьшить количество высоких ампутаций с 56,2 до 35,8%, а общую летальность с 10,2 до 4,4% [7].

В настоящее время считается, что лечение гнойно-некротических ран антибиотиками без хирургической обработки, равно как и проведение оперативных вмешательств без параллельного назначения антибактериальных препаратов, необоснованно, а наилучших результатов лечения можно достичь только

при параллельном проведении оперативного лечения и антибактериальной терапии [8].

Цель исследования – улучшение результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, посредством повышения эффективности антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное продольное неконтролируемое исследование.

Критерии включения: 1) наличие гнойно-воспалительной патологии стопы (степень поражения согласно классификации Вагнера 3-4); 2) уровень лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) выше 0,4; 3) длительность заболевания диабетом более 3 лет; 4) клиренс креатинина больше 20мл/мин.

Были проанализированы результаты лечения больных сахарным диабетом 1 и 2 типов на базе центра «Диабетическая стопа» ГУЗ «ВОКБ №1» с 2003 по 2008 годы. Исследуемую группу 237 пациентов составили 116 женщин и 121 мужчина. Средний возраст пациентов составил 59,2±3,6 года.

В структуре гнойно-воспалительной патологии стоп преобладали пациенты с хроническим остеомиелитом костей стопы – 94 пациента и гнойно-некротическими ранами стопы – у 86 пациентов, флегмоны стопы были у 57 пациентов. ЛПИ>0,7 выявлен у 151 пациента (63,3%), ЛПИ 0,4-0,7 – у 86 пациентов (36,4%).

В зависимости от наличия предшествующей антибактериальной терапии пациенты были распределены в две группы: 1 группу составили больные без предшествующей антибактериальной терапии (121 пациент), во 2 группу вошли больные (116 пациентов), получавшие лечение на предыдущем этапе.

При поступлении в стационар для уточнения характера поражения, определения тактики и методологии лечения всем пациентам проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование: осмотр; лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, гликемический профиль, глюкозурический профиль, проба Реберга); инструментальные обследования (рентгенография стопы в 2 проекциях, исследование болевой, тактильной и вибрационной чувствительности, сухожильных рефлексов, УЗДГ артерий нижних конечностей с определением ЛПИ; при необходимости ангиография, МРТ в ангиорежиме, КТ с ангиоконтрастированием); микробиологическое исследование.

Забор материала для проведения бактериологического исследования и определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам производился путём глубокой биопсии тканей до начала проведения этапа эмпирической антибактериальной терапии, а так же до этапа хирургической санации гнойного очага. Чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам определялась диско-диффузионным методом в соответствии с Методическими указаниями 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам».

Медикаментозное лечение включало антибактериальную, нейро- и ангиопротекторную терапию, коррекцию углеводного обмена, симптоматическую терапию. Хирургическое лечение заключалось в санации и дренировании гнойного очага с применением гидропрессивных технологий.

Результаты и их обсуждение. В первой группе пациентов наиболее часто высеваемой флорой являлись грамположительные микроорганизмы – 70% исследований (Staph. epidermidis, Staph. aureus, энтерококки). Грамотрицательная флора при первичном обращении пациентов в стационар выделена в 10% исследований (E. Coli, Pr. vulgaris). В 20% случаев в посевах рост микрофлоры не выявлен.

Во второй группе на долю грамположительной флоры приходится 25,1% (Staph. aureus, Enterococcus faec., коагулазонегативные стафилококки). Грамотрицательная флора составляет – 68,6%. Наиболее часто встречались Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Proteus, Klebsiella sp., Corynebacterium sp.

В 6,3% случаев в посевах рост микрофлоры не выявлен. Данные микробиологического мониторинга наиболее часто встречающихся возбудителей представлены в таблицах.

В группе пациентов с внебольничной инфекцией: отмечается незначительное колебание частоты встречаемости вокруг средних показателей с небольшим ростом энтерококка.

В 1 группе доминирующей позиции занимает грамположительная флора. Отмечается волнообразное колебание резистентности к оксациллину со стабильно низкой резистентностью к фузидину, рифампицину и ванкомицину.

* Воронежская государственная академия имени Н.Н. Бурденко, Кафедра госпитальной хирургии, Воронеж, Студенческая, 10