

© К. Л. ЧУРПІЙ

Маловисківська центральна районна лікарня, Кіровоградська область

Лікування ускладнених форм діабетичної ангіопатії в умовах районної лікарні

K. L. CHURPIY

Malovyskiv Central District Hospital, Kirovohrad region

TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC ANGIOPATHY IN THE CONDITIONS OF A DISTRICT HOSPITAL

Лікування пацієнтів із гнійно-некротичними ускладненнями при цукровому діабеті (ЦД) – складна і не до кінця вирішена проблема. ЦД характеризується найбільш ранньою інвалідизацією із усіх захворювань. Збільшення тривалості життя хворих на ЦД приводить до підвищення частоти розвитку пізніх ускладнень цього захворювання, в тому числі у 25 % синдрому діабетичної стопи (СДС). Ризик ампутацій кінцівок у них у 20–40 разів вищий, ніж у хворих на ЦД без даного ускладнення.

Незважаючи на розроблену тактику лікування гнійного або деструктивного ураження стопи при ЦД, у даний час досить високий відсоток незадовільних результатів лікування різних форм ускладненого перебігу СДС. Тому питання лікування СДС є надзвичайно актуальним сьогодні.

Мета роботи: покращити ефективність лікування хворих з СДС шляхом внутрішньоартеріального введення антибіотиків.

Під спостереженням перебували 35 хворих із діабетичними ангіопатіями нижніх кінцівок, ускладненими гнійно-некротичними процесами. Термін захворювання склав від 2 до 20 і більше років. Вік пацієнтів перебував в межах від 35 до 70 років і старшого віку. Хворих поділено на дві групи: контрольну, яку склали 15 пацієнтів (внутрішньом'язове введення антибіотика), та основну – 20 пацієнтів (внутрішньоартеріальне введення антибіотика). Всі хворі отримували лікування, яке включало: дієтотерапію (стіл № 9); вітаміни груп В, С. Для поліпшення периферійного обміну призначали пентоксифілін (трентал), нікотинову кислоту, новокаїн. Проводили симптоматичне лікування: жарознижувальні, серцеві середники, аналгетики, гепатопротектори та ін. При операційному лікуванні виконували економні хірургічні втручання: некректомії, розкриття гнояків, резекцію пальців, стопи та ін.

Одним із ключових моментів лікування була антибіотикотерапія. Антибіотик підбирали індивідуально з урахуванням чутливості до нього. Забір матеріалу проводили з рани до і після лікування. Проведено 33 бактеріологічних обстеження вогнища ураження. Посів із рани проводили на три основні поживні середовища: 5 % кров'яний агар; цукровий бульйон; “середовище для контролю стерильності”. Крім цього, використовували допоміжні живильні середовища: жовтково-сольовий агар – для визначення стафілококів; середовище Сабуро – для грибів; середовище Ендо – для ентеробактерій. У подальшому визначали чутливість мікроорганізмів до антибіотиків методом дифузії в агар з використанням стандартних паперових дисків, насичених антибіотиком. Найчастіше висівали змішану аеробно-анаеробну флору в 46,3 % спостережень, аеробну – в 14,3 %.

Чутливість мікрофлори ран до антибіотика визначали за антибіотикограмою. Дані показали, що найвищу чутливість спостерігали до цефтріаксону в 38,1 % випадків, цефазоліну – в 34,3 %, цефсулодину – в 9,5 %, які належать до цефалоспоринового ряду II–III поколінь. Менш чутливими залишились мікроорганізми до офлоксацину – 7,6 %, лінкоміцину – 4,8 %. Антибіотики в контрольній групі вводили внутрішньом'язово; в основній вводили регіонарно, внутрішньоартеріально в стегову артерію. Таке введення препарату сприяє його цілеспрямованій доставці, створенню високої концентрації його у вогнищі інфекції.

Ефективність різних шляхів введення у дослідних групах оцінювали за такими критеріями: швидкість очищення рани, час появи грануляцій та крайової епітелізації, термін перебування в стаціонарі.

У контрольній групі грануляції в середньому з'являлись на $(15,2 \pm 0,8)$ дня, а крайова епітелізація на $(16,5 \pm 1,1)$ дня, середній ліжко-день склав

ПОВІДОМЛЕННЯ

(36,1±3,4) дня. В основній групі появу грануляцій відмічали на (12,3±0,6) дня, а крайову епітелізацію на (14,3±1,8) дня. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала (32,2±1,8) ліжко-дня.

Висновок. Внутрішньоартеріальне введення антибіотиків сприяє створенню високої їх концентрації

у вогнищі інфекції – рані. Це, в свою чергу, приводить до зниження кількості мікрофлори в ній, зменшення запального процесу, поліпшення загального стану хворих, швидшої появи грануляцій та епітелізації рани, запобігання таким ускладненням, як розповсюдження процесу та розвиток гангрені.

Отримано 08.04.13