

Український Журнал ХІРУРГІЇ

Украинский Журнал Хирургии
Ukrainian Journal of Surgery

Артокол

знеболюючий
протизапальний
протиревматичний¹

Кетопрофен

2 форми випуску
розчин 5 ампул, 100 мг/2 мл
гель 45 г, 25 мг/г

Знову вільний
рух



¹ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу.

Артокол. Склад: кетопрофен; 1 ампула (2 мл) розчину містить кетопрофену 100 мг. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. **Показання.** Захворювання суглобів: ревматоїдний артрит; серонегативні спонділоартрити (анкілозуючий спонділоартрит, реактивний артрит, подіагрит, псевдоподіагрит, остеоартрит; позастубовий ревматизм (теніт, бурсит, капсуліт плечового суглоба). Болізовий синдром: лямбего, постравматичний біль у суглобах, мігаль, післяопераційний біль, біль при м'язових пухлинах у кисті, ампутаційний біль. **Протипоказання.** Реакції гіперчутливості до кетопрофену або до допоміжних речовин; протипоказаний пацієнтам, у яких застосування кетопрофену, ацетилсалicylic кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗП) провокує бронхоспазм, астматичні напади, кропив'янку, ангіоневротичний набряк, гострий риніт або інші алергічні реакції. Також серцева недостатність; лікування періопераційного болю при проведенні операції щодо аортокоронарного шунтування, хронічна диспепсія в анамнезі; виразка шлунка або дванадцятипалої кишки у стадії загострення або шлунково-кишкової кровотечі, виразки хвороби або перфорації в анамнезі; цереброваскулярні або інші кровотечі; тяжкі порушення функції печінки або нирок. **Діти.** Дітям препарат не застосовують. **Побічні реакції.** Побічні ефекти зазвичай транзиторні. Найчастіше виникають розлади з боку травного тракту: диспепсія, нудота, абдомінальний біль, діарея, запор, метеоризм, анорексія, блювання, стоматит; рідко спостерігаються гастрит; коліт, перфорація кишечника (як ускладнення дивертикула), мелена, гематемезис, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, загострення виразкового коліту або хвороби Крона, ентеропатія з перфорацією, стеноз. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** К.О. Ромфарм Компані С.РЛ, Румунія. **Заявник.** УОРД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД, Велика Британія. ЗАТВЕРДЖЕНО: Наказ МОЗ України № 724 від 04.11.2015 р. Реєстраційне посвідчення № UA/14707/01/01.

Склад: кетопрофен; 1 г гелю містить кетопрофену 25 мг; допоміжні речовини: карбомер 980, триетаноламін, етанол 96%, метилпарагідроксibenzoat (Е 218), вода очищена. **Лікарська форма.** Гель. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні препарати для місцевого застосування. **Показання.** Біль у м'язах і суглобах, спричинений травмами або ушкодженнями, тендовагітис. **Протипоказання.** Відомі реакції гіперчутливості (наприклад, симптоми бронхіальної астми, алергічний риніт або кропив'янка, що виникли при застосуванні кетопрофену, фенорбару, піропрофенової кислоти, ацетилсалicylic кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів); гіперчутливість до будь-якої допоміжної речовини; реакції фотосенсибілізації в анамнезі; вплив сонячного світла, у тому числі непрямої сонячної радіації та ультрафіолетового опромінення в солярії, протягом усього періоду лікування і ще 2 тижнів після припинення лікування препаратом; ушкодження цілісності шкіри (пошкодження, висипання, екзема, травми, шкірні інфекції). **Діти.** Не застосовують дітям віком до 15 років. **Побічні реакції.** З боку шкіри та підшкірної клітковини: гіперемія, свербіж, відчуття печіння, набряк, кропив'янка, реакції фотосенсибілізації, дерматит (контактний, бульозний), екзема, у тому числі бульозна та філітенозна, що здатна поширюватися та набувати генералізованого характеру, синдром Стивенса-Джонсона. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Заявник.** УОРД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД, Велика Британія. **Виробник.** К.О. СЛВІВ ФАРМ С.РЛ, Румунія. ЗАТВЕРДЖЕНО: Наказ МОЗ України № 124 від 06.03.2015 р. Реєстраційне посвідчення № UA/14118/01/01.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурні лікарські засоби для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

№ 1
(32), 2017

ЗАСЛАВСКИЙ
Издательский дом

www.mif-ua.com



WORLD MEDICINE
Pharmaceutical Company

Додаткова інформація за тел.: (044) 495 25 30 / e-mail: info@worldmedicine.ua

www.worldmedicine.ua

Шапринський В.О., Кривецький В.Ф., Сулейманова В.Г., Мітюк Б.О., Наср Закі Наджіб Гострі низхідні медіастиніти у хворих із флегмонами шиї 40	V.O. Shaprynskyi, V.F. Kryvetskyi, V.G. Suleimanova, B.O. Mityuk, Nasr Zaki Nageeb Descending necrotizing mediastinitis in patients with neck phlegmons 40
Кохан Р.С., Гоцинський В.Б., Пятничка О.З. Застосування сучасних технологій у лікуванні хворих із декомпенсованою формою варикозної хвороби нижніх кінцівок 46	R.S. Kokhan, V.B. Goshchynsky, J.Z. Pyatnychka Implication of modern technologies in the treatment of patients with decompensated varicose vein of lower extremity 46
Запорожченко Б.С., Колодій В.В., Горбунов А.А., Запорожченко М.Б., Бондарець Д.А., Холодов І.Г. Симультанні лапароскопічні ліфтингові операції при поєднаній патології органів брюшної порожнини, забрюшинного простору і малого тазу у хворих з серцево-легочною патологією 53	B.S. Zaporozhchenko, V.V. Kolodiy, A.A. Gorbunov, M.B. Zaporozhchenko, D.A. Bondarets, I.G. Kholodov Simultaneous laparoscopic lifting operations in combined pathology of the abdominal organs, retroperitoneal space and pelvis in patients with cardiopulmonary pathology 53
Хіміч С.Д., Чемерис О.М. Сучасна структура пошкоджень при політравмі в потерпілих на тлі ожиріння 59	S.D. Khimich, O.M. Chemerys The modern structure of multiple trauma injuries in obese patients 59
Синяченко Ю.О., Самойленко Г.Е., Синяченко О.В. Ефективність ендovasкулярної лазерної коагуляції різної потужності випромінювання у хворих варикозною хворобою вен нижніх кінцівок 63	Yu.O. Syniachenko, G.E. Samoilenko, O.V. Syniachenko Efficacy of endovascular laser coagulation with different radiation power in patients with varicose veins disease of lower limb 63
Милиця К.Н. Осложнения продольной гастропликаций: методы профилактики и способы коррекции .. 68	K.N. Militsa Complications of gastric plication. Methods of prevention and correction methods 68
Белінська В.О. Вплив комплексної терапії на віддалені результати лікування хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи 74	V.A. Byelinska Comprehensive treatment impact on long-term results of patients with complicated diabetic foot syndrome 74
Шевченко Б.Ф., Бабій О.М. Результати хірургічного лікування хронічного панкреатиту та кіст підшлункової залози з огляду на їх морфологічний стан на час операції 80	B.F. Shevchenko, A.M. Babiy Results of surgical treatment of chronic pancreatitis and cysts of the pancreas in view of their morphological condition during surgery 80

УДК

DOI: 10.22141/1997-2938.1.32.2017.98495

Белінська В.О.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Вплив комплексної терапії на віддалені результати лікування хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи

Резюме. Обстежено 90 хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи (СДС), які перебували на лікуванні в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3» м. Запоріжжя за період 2014–2015 рр. Середній вік пацієнтів становив $63,4 \pm 4,7$ року. За протоколами лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу жоден фахівець, який бере участь у терапії даної категорії хворих, не забезпечує повне комплексне лікування з урахуванням усіх можливих ускладнень. Потрапивши у хірургічний стаціонар, пацієнти основної групи поряд з усуненням гнійно-некротичних ускладнень на стопі пройшли повний комплекс обстеження та отримували максимальну комплексну консервативну терапію на відміну від контрольної групи, пацієнти якої отримували стандартну терапію. Після оцінки віддалених результатів лікування різниці між двома групами була значною. Комплексний підхід у терапії хворих на ускладнений СДС дозволяє загоїти рани в ділянці стопи у 76,5 % хворих проти 28,2 % пацієнтів контрольної групи. Рецидив захворювання при дотриманні пацієнтом усіх рекомендацій з консервативної терапії, іммобілізації кінцівки, носіння ортопедичного взуття та профілактичних заходів зводиться до 7,8 % випадків за рік, що в 3 рази менше, ніж при невиконанні мультидисциплінарного підходу.

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу; ускладнений синдром діабетичної стопи; мультидисциплінарний підхід; віддалені результати лікування

Вступ

В Україні цукровий діабет (ЦД) посідає третє місце за поширеністю після серцево-судинних і онкологічних захворювань. За останні десять років його поширеність збільшилась в півтора раза, і за станом на 1 січня 2015 року в країні зареєстровано 1 198 047 хворих, що становить близько 2,9 % від усього населення. З огляду на те, що на кожен зареєстрований випадок припадають два-три випадки недіагностованого захворювання, можна стверджувати про більше ніж 2–2,5 мільйона хворих [3, 7].

За даними експертів, кількість хворих на ЦД у подальші роки буде збільшуватися за рахунок хвороби 2-го типу [5, 9].

ЦД небезпечний ускладненнями, що є головною причиною інвалідизації і втрати працездатності пацієнтів. Крім того, смертність хворих на ЦД здебільшого обумовлена не високим рівнем глюкози в крові як

таким, а наслідками некомпенсованого перебігу захворювання. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 50 % пацієнтів вмирає від захворювань серцево-судинної системи [8, 10].

Небезпечним ускладненням є і діабетична ретинопатія, розвиток якої може призводити до повної сліпоти. У 2 % пацієнтів на ЦД, тривалість якого налічує близько 15 років, за даними ВООЗ, діагностована повна сліпота і ще у 10 % розвиваються тяжкі порушення зору. ЦД входить у число основних причин розвитку нірковий недостатності, від якої помирає 10–20 % пацієнтів з діабетом [1, 4].

Для ЦД характерний розвиток мікро- і макроангіопатії, нейропатії та синдрому діабетичної стопи (СДС). Поширеність СДС серед хворих на ЦД становить в середньому 4–10 %. На частку СДС припадає 40–60 % всіх ампутацій нижніх кінцівок нетравматичного генезу. Більше ніж 50 % пацієнтам з ампутацією однієї

кінцівки виконують контралатеральну ампутацію протягом 4 років [2, 6].

Мета роботи: покращити результати комплексного медикаментозного та хірургічного лікування у хворих на ускладнений СДС із ЦД 2-го типу з урахуванням міждисциплінарних протоколів.

Матеріали та методи

Обстежено 90 хворих на ускладнений СДС, які перебували на лікуванні в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3» м. Запоріжжя за період 2014–2015 рр. Середній вік пацієнтів становив $63,4 \pm 4,7$ року.

Критеріями включення були: хворі на ЦД 2-го типу з різним ступенем ускладнень та тяжкістю порушень вуглеводного обміну (нефропатія, ретинопатія, серцево-судинна патологія та ускладнений СДС). Критеріями виключення були: ЦД 1-го типу, хворі, які перебували на гемодіалізі, а також супутня патологія, що була не пов'язана з основною патологією, але могла призвести до розвитку ендегенної інтоксикації (пневмонія, інфаркт міокарда, гострий пієлонефрит тощо).

Основну групу становив 51 пацієнт, які пройшли комплексне клінічне, лабораторне (загальноклінічні аналізи, глікований гемоглобін, ліпідограма, кількість тромбоцитів, електролітний баланс та ін.) й інструментальне обстеження (ультразвукове дуплексне сканування, комп'ютерну лазерну доплерівську флоуметрію судин нижніх кінцівок), а також консультації суміжних фахівців. Ці пацієнти поряд із хірургічним лікуванням отримували комплексну консервативну терапію з урахуванням рекомендацій усіх лікарів-консультантів.

Тридцять дев'ять пацієнтів контрольної групи пройшли стандартне обстеження й лікування з урахуванням консультацій терапевта та ендокринолога. За віком, статтю, супутньою патологією, станом магістральних судин групи вірогідно не відрізнялися ($P > 0,05$).

Для статистичного аналізу використовували методи описової статистики. Вірогідність відмінностей оцінювали залежно від аналізованих даних з використанням непараметричних критеріїв: χ^2 -квдрат та χ^2 -квдрат з поправкою Єйтса — для не пов'язаних вибірок і критерій Мак-Намара — для пов'язаних. Відмінності вважають вірогідними при $P < 0,05$.

Результати та обговорення

Проаналізовані протоколи лікування хворих на ЦД 2-го типу, на підставі яких виділили основні напрямки в терапії суміжних фахівців, які беруть участь у лікуванні даної групи пацієнтів.

Призначення терапевта, кардіолога та ендокринолога різняться найменшим чином і включають в себе: корекцію способу життя, харчування, фізичного навантаження; нормалізацію глікемії, ліпідного профілю; обов'язкову антиагрегантну терапію; лікування серцево-судинних порушень. Призначення судинної

терапії і нейропротекторів здебільшого доводиться на частку ендокринологів.

При зверненні до нефролога терапія пацієнта спрямована на нормалізацію харчування, глікемії, ліпідного обміну, електролітного балансу, артеріального тиску та антиагрегантну терапію.

Офтальмолог у лікуванні хворих на ЦД обмежується лише патологією органа зору, антиагрегантною терапією та контролем глікемії.

Невропатолог у комплексі з лікуванням нейропатії призначає судинну, антиагрегантну терапію та контроль глікемії.

Що стосується дій лікаря-хірурга, то основним завданням є усунення гнійно-некротичних процесів у ділянці нижніх кінцівок у комплексі з антибактеріальною, судинною терапією та нейропротекторами, а також виявлення можливостей проведення реконструктивних операцій на магістральних судинах (табл. 1).

На жаль, усі фахівці приділяють увагу своїй профільній патології, а не пацієнту в цілому. Терапевт, ендокринолог, кардіолог, нефролог надають допомогу лише на 38–43 % від повного обсягу. Офтальмолог — на 24 %, невропатолог — до 19 %. Хірурги, акцентуючи увагу на оперативному лікуванні та проблемах нижніх кінцівок (СДС), охоплюють до 62 % від комплексу необхідних заходів.

Отже, жоден фахівець, який бере участь у терапії даної категорії хворих, не забезпечує повне комплексне лікування з урахуванням усіх можливих ускладнень. Крім того, дуже мало часу приділяється навчанню пацієнтів та їх родичів профілактичних заходів, що є запорукою успіху в запобіганні будь-яким ускладненням.

Усі пацієнти були прооперовані з приводу гнійно-некротичних ускладнень в ділянці стопи, методи та вид хірургічного лікування були ідентичні в обох групах (табл. 2).

Надалі основній групі пацієнтів, крім лікування, спрямованого на обмеження гнійно-некротичного процесу на стопі, іммобілізації нижньої кінцівки, призначено комплексну консервативну терапію, розроблену відповідно до протоколів лікування ЦД та його ускладнень суміжними спеціалістами (терапевт, ендокринолог, кардіолог, нефролог, невропатолог, офтальмолог). При виписці зі стаціонару хворим були дані рекомендації щодо подальшого амбулаторного лікування, відвідування спеціалістів, носіння ортопедичного взуття та інформація про важливість продовження терапії та профілактичних заходів.

Контрольна група пацієнтів відрізнялася тим, що отримувала стандартну консервативну терапію з урахуванням консультації лише терапевта та ендокринолога.

Огляд пацієнтів і оцінка результатів лікування, зокрема загоєння ран в ділянці стопи в динаміці, проводився через 6 та 12 місяців (табл. 3 і 4).

В основній групі позитивний результат після 6 місяців отримано у 23 (45,1 %) випадках (рани, що загоїлись). Рецидив захворювання — повторна госпіталізація з приводу повторних проявів гнійного запалення, що потребувала хірургічного втручання, зареєстровано

у 5 (9,8 %) хворих. У 23 (45,1 %) хворих рани ще продовжували гоїтись, знаходились у фазі епітелізації та зменшувались у розмірах за рахунок крайового утворення рубцевої тканини.

У контрольній групі позитивний результат за перші 6 місяців спостерігався у 8 (20,5 %) хворих із повним загоєнням рани. Рецидив відбувся у 6 (15,4 %) хворих, продовжувались загоюватись рани у 25 (64,1 %) пацієнтів.

Протягом наступного півроку в основній групі кількість хворих, у яких рани загоїлись повністю, зросла до 39 (76,5 %), а кількість пацієнтів з гранулюючими

ранами та рецидивом захворювання зменшилася до 8 (15,7 %) та 4 (7,8 %) випадків відповідно.

Через 12 місяців у контрольній групі кількість хворих з ранами, що повністю загоїлись, збільшилась, але незначно, усього за рахунок трьох хворих, та становила 11 (28,2 %) пацієнтів. Незначно зменшилася кількість хворих із гранулюючими ранами — з 25 (64,1 %) до 18 (46,2 %). Негативним критерієм у контрольній групі було зростання кількості рецидивів захворювання з 6 (15,4 %) до 10 (25,6 %) випадків.

При порівнянні результатів лікування пацієнтів обох груп через 6 місяців після стаціонарного лікуван-

Таблиця 1. Напрямки терапії хворих на ЦД 2-го типу залежно від спеціалізованих протоколів лікування

Напрямок терапії	Ендокринолог, терапевт, кардіолог	Нефролог	Офтальмолог	Невролог	Хірург
Корекція способу життя, харчування, фізичних навантажень, боротьба зі шкідливими звичками та надмірною масою тіла	+	+			
Контроль глікемії	+	+	+	+	+
Досягнення цільових значень ліпідного профілю	+	+			
Антиагрегантна терапія	+	+	+	+	+
Корекція АТ, серцево-судинних порушень	+	+			
Призначення групи еритропоєтинів при ниркової анемії		+			
Корекція гіперкаліємії		+			
Корекція фосфорно-кальцієвого обміну		+			
Місцеве лікування ретинопатії			+		
Лазерна фотокоагуляція при ретинопатії та хірургічне лікування			+		
Лікування діабетичної нейропатії	+			+	+
Виявлення можливостей для ревазуляризації судин н/к					+
Огляд стоп, надання інформації щодо догляду за ступнями і нігтями на ногах					+
Рекомендації щодо ортопедичного взуття					+
Хірургічне лікування гнійно-некротичних ускладнень на стопі					+
Місцеве лікування ран при СДС					+
Ангіопротектори	+		+		+
Судинна терапія (простагландини)	+			+	+
Імобілізація нижньої кінцівки при ускладненому СДС					+
Антибактеріальна терапія					+
Залучення пацієнта до профілактичних заходів	+				+
Обсяг лікування у відсотках (всі рекомендації — 100 %)	43	38	24	19	62

ня, отримано такі результати. Загоєння ран у ділянці стопи в основній групі зафіксовано у 23 (45,1 %) пацієнтів, що вірогідно ($P = 0,0272$; $\chi^2 = 4,88$) на 45,4 % більше, ніж у контрольній групі. Також в основній групі відзначена позитивна динаміка за рахунок зниження кількості пацієнтів із повторною госпіталізацією та виникненням рецидиву захворювання, але ці дані мали невірогідну статистичну характеристику ($P = 0,6339$; $\chi^2 = 0,23$).

На нашу думку, поліпшити показники загоєння ран вдалося завдяки продовженню розширеної комплексної терапії основного захворювання та його ускладнень на етапі амбулаторного лікування.

Після другого етапу спостереження, через 12 місяців після стаціонарного лікування, різниця між двома групами вірогідно відзначена по всіх критеріях ($P < 0,05$).

В основній групі кількість хворих з ранами, що повністю загоїлись, становила 39 (76,5 %) хворих, що на 36,8 % більше, ніж у контрольній групі ($P < 0,0001$; $\chi^2 = 20,85$). Рецидив захворювання стався у 4 (7,8 %) хворих основної групи, що на 30,4 % менше, ніж у контрольній групі ($P < 0,0439$; $\chi^2 = 4,06$).

Також в основній групі вірогідно ($P < 0,0034$; $\chi^2 = 8,56$) на 33,9 % скоротилася частка хворих із гранулюючими ранами.

При порівнянні даних, що були отримані через 12 місяців від початку спостереження, можна ще раз переконатися, що вдало виконана операція зі збереження опірної здатності стопи та добрий результат у ранньому післяопераційному періоді не завжди є гарним кінцевим результатом. Тільки мультидисциплінарний підхід упродовж всього періоду лікування та реабілітації спростимий сприятливо вплинути на кінцеві показники.

Таблиця 2. Оперативні втручання, виконані пацієнтам обох груп, з приводу ускладненого СДС

Назва операції	Контрольна група (n = 39)		Основна група (n = 51)		P	χ^2
	Абс.	%	Абс.	%		
Некректомія та секвестректомія	16	41,1	19	37,3	0,7161	0,13
Розтин абсцесу або флегмони стопи	10	25,6	15	29,4	0,6923	0,16
Черезплюсна ампутація пальця стопи	8	20,5	12	23,5	0,9320	0,01
Ампутація стопи за Шарпом	5	12,8	5	9,8	0,9102	0,01
Усього	39	100	51	100		

Примітка: * — різниця між групами статистично вірогідна, $P < 0,05$.

Таблиця 3. Оцінка результатів комплексного лікування ускладненого СДС у пацієнтів основної та контрольної груп через 6 місяців (n = 90)

Результат	Контрольна група (n = 39)		Основна група (n = 51)		P	χ^2
	Абс.	%	Абс.	%		
Рани, що загоїлись	8	20,5	23*	45,1	0,0272	4,88
Гранулюючі рани	25	64,1	23	45,1	0,0733	3,21
Рецидив захворювання	6	15,4	5	9,8	0,6339	0,23
Усього	39	100	51	100		

Примітка: * — різниця між групами статистично вірогідна, $P < 0,05$.

Таблиця 4. Оцінка результатів комплексного лікування ускладненого СДС у пацієнтів основної та контрольної груп через 12 місяців

Результат	Контрольна група (n = 39)		Основна група (n = 51)		P	χ^2
	Абс.	%	Абс.	%		
Рани, що загоїлись	11	28,2	39*	76,5	$< 0,0001$	20,85
Гранулюючі рани	18	46,2	8*	15,7	0,0034	8,56
Рецидив захворювання	10	25,6	4*	7,8	0,0439	4,06
Усього	39	100	51	100		

Примітка: * — різниця між групами статистично вірогідна, $P < 0,05$.

Висновки

1. Кожен фахівець, який консультує хворих на ЦД, приділяє, на жаль, увагу лише своїй профільній патології, у зв'язку з чим допомога такому пацієнту надається лише на 19–62 % від необхідного обсягу. Забувається головний принцип терапії: лікувати пацієнта, а не хворобу. Потрапивши на лікування у хірургічний стаціонар, пацієнт поряд з усуненням гнійно-некротичних ускладнень на стопі повинен отримати максимальну комплексну консервативну терапію.

2. Комплексний підхід у лікуванні хворих на ускладнений СДС дозволяє значно поліпшити результати хірургічного лікування і протягом року загоїти рани в ділянці стопи у 76,5 % пацієнтів.

3. Рецидив захворювання при дотриманні пацієнтом усіх рекомендацій з консервативної терапії, імобілізації кінцівки, носіння ортопедичного взуття та профілактичних заходів зводиться до 7,8 % через 12 місяців після лікування у хірургічному відділенні, що в 3 рази менше, ніж при невиконанні мультидисциплінарного підходу.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.А. Александров [и др.] // Сахарный диабет. — 2011. — № 5. — С. 4–72.
2. 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. 23–25.

3. Дедов И.И. Сахарный диабет — опаснейший вызов мировому сообществу / И.И. Дедов // Вестн. РАМН. — 2012. — № 1. — С. 7–13.

4. Росул М.В. Эффективность озонотерапии у хворих з виразковими ураженнями стоп на тлі цукрового діабету / М.В. Росул, Б.М. Пацкань // Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту. — 2010. — № 2. — С. 291–293.

5. Стан мікроциркуляторного кровотоку нижніх кінцівок в залежності від рівня оклюзії магістральних судин у хворих на цукровий діабет II типу / С.Д. Шаповал, І.Л. Савон, О.О. Максимова [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2015. — № 4(73). — С. 88–91.

6. Строчков И.А. Новые возможности лечения диабетических осложнений / И.А. Строчков, А.С. Фокина // Рос. мед. журн. — 2012. — № 20. — Р. 996.

7. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2 типу. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012 № 1118 про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу. — 118 с.

8. Chow I. Management and prevention of diabetic foot ulcers and infections: a health economic review / I. Chow, E.V. Lemos, T.R. Einarson // Pharmacoeconomics. — 2008. — Vol. 26, № 12. — P. 1019–1035.

9. Comprehensive Foot Examination and Risk Assessment: A report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists Diabetes / J.M. Boulton, D.G. Armstrong, S.F. Albert [et al.] // Care. — 2008. — № 31. — P. 1679–1685.

10. Marjania A. Serum lipid peroxidation and leptin levels in male and female type 2 diabetic patients in Gorgan (South East of Caspian Sea) / A. Marjania, G. Veghari, M.T. Badeleh // Iran. J. Chin. Clin. Med. — 2010. — № 5. — P. 26–35.

Отримано 12.01.2017 ■

Белинская В.О.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Влияние комплексной терапии на отдаленные результаты лечения больных с осложненным синдромом диабетической стопы

Резюме. Обследованы 90 больных с осложненным синдромом диабетической стопы (СДС), находившихся на лечении в гнойно-септическом центре с койками диабетической стопы КУ «Городская клиническая больница № 3» г. Запорожья за период 2014–2015 гг. Средний возраст пациентов составил $63,4 \pm 4,7$ года. По протоколам лечения больных сахарным диабетом 2-го типа ни один специалист, который участвует в терапии данной категории больных, не обеспечивает полное комплексное лечение с учетом всех возможных осложнений. Попав в хирургический стационар, пациенты основной группы наряду с устранением гнойно-некротических осложнений на стопе прошли полный комплекс обследования и получали комплексную консервативную терапию в отличие от пациентов контрольной группы, по-

лучавших стандартную терапию. После оценки отдаленных результатов лечения разница между двумя группами была значительной. Комплексный подход в терапии больных с осложненным СДС позволяет заживить раны в области стопы у 76,5 % больных против 28,2 % пациентов контрольной группы. Рецидив заболевания при соблюдении пациентом всех рекомендаций по консервативной терапии, иммобилизации конечности, ношения ортопедической обуви и профилактических мероприятий сводится к 7,8 % случаев в год, что в 3 раза меньше, чем при невыполнении мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа; осложненный синдром диабетической стопы; мультидисциплинарный подход; отдаленные результаты лечения

V.A. Byelinska

State Institution "Zaporizhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine",
Zaporizhzhia, Ukraine

Comprehensive treatment impact on long-term results of patients with complicated diabetic foot syndrome

Abstract. The study involved 90 patients with complicated diabetic foot syndrome (DFS), who were treated in purulent-septic center with beds for diabetic foot patients — City Clinical Hospital N 3 of Zaporizhzhia during the period of 2014–2015. The average age of patients was 63.4 ± 4.7 years. According to the protocol for the management of patients with diabetes mellitus type 2, none of the experts, involved in the treatment of these patients, provide a complete integrated treatment taking into account all possible complications. Upon admission to the surgical hospital, patients from the index group, along with the elimination of purulent-necrotic complications, underwent a complete examination and received the maximum comprehensive conservative therapy in contrast with the

control group received standard therapy. The difference between the two groups was significant after evaluating the long-term treatment outcomes. Complex approach to the therapy of patients with complicated DFS makes it possible to heal the wounds of the foot in 76.5 % of them versus 28.2 % of patients in the control group. Relapse of the disease, if the patient complies with all the recommendations on conservative therapy, limb immobilization, wearing orthopedic shoes and preventive measures, is reduced to 7.8 % of cases per year, which is 3 times less than when the multidisciplinary approach is not implemented.

Keywords: diabetes mellitus type 2; complicated diabetic foot syndrome; multidisciplinary approach; long-term treatment outcomes