



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2-3 (125-126) 2024

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983П  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 04 від 04.03.2024 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 18.01.2024 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 11.  
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-39  
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2024

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Заступники головного редактора  
П. М. Замятін, док. мед. наук, професор  
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор  
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор  
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор  
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент  
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор  
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор  
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка  
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор  
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка  
О. В. Кравцов, док. медичних наук  
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор  
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор  
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор  
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор  
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор  
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор  
С. О. Савві, док. мед. наук, професор  
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор  
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

## ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece  
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),  
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),  
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU  
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)  
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)  
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU  
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України  
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU  
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)  
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),  
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Антимікробна активність сітчастих імплантатів з поліпропілену модифікованого наночастинками срібла та вуглевими нанотрубками . . . . .	47	Antimicrobial activity of mesh implants made of polypropylene modified with silver nanoparticles and carbon nanotubes . . . . .	47
<i>О. А. Вільцанюк, В. М. Кравченко, Т. П. Осолодченко, В. Г. Резанова</i>		<i>О. А. Viltsanyuk, V. M. Kravchenko, T. P. Osolodchenko, V. G. Rezanova</i>	
Тактика хірургічного лікування гострого дивертикуліту товстої кишки, ускладненого перфорацією . . . . .	54	Tactics of surgical treatment of acute diverticulitis of the colon complicated by perforation . . . . .	54
<i>М. В. Книгін</i>		<i>М. V. Knyhin</i>	
Лапароскопічний серкляж як метод покращення репродуктивних результатів у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки. . . . .	59	Laparoscopic cerclage as a method of improving reproductive outcomes in women after organ preserving treatment of precancer and initial stages of cervical cancer. . . . .	59
<i>О. О. Єгоров</i>		<i>О. O. Egorov</i>	
Вплив способу хірургічного лікування жінок з післяпологовим діастазом прямих м'язів живота на інтенсивність болювого синдрому в ранньому післяопераційному періоді. . . . .	62	Influence of the method of surgical treatment of patients with rectus abdominis diastasis on the intensity of pain in the early postoperative period . . . . .	62
<i>К. Л. Гафт, В. В. Цілюрик, Є. В. Наконечний</i>		<i>K. L. Gaft, V. V. Tsiliurk, Ye. V. Nakonechnyi</i>	
Антибактеріальна терапія у хворих на бешиху та при розвитку в них сепсису . . . . .	65	Anti-bacterial therapy in patients with disease and the development of sepsis in them . . . . .	65
<i>С. Д. Шаповал, Л. А. Василевська</i>		<i>S. D. Shapoval, L. A. Vasylevska</i>	
Діагностика старечої астенії за допомогою шкал edmonton frailty frailty phenotype questionnaire у пацієнтів із гострим холециститом . . . . .	70	Diagnosis of senile asthenia using the edmonton frail and frailty phenotype questionnaire in patients with acute cholecystitis . . . . .	70
<i>П. О. Бульба, М. Б. Данилюк, М. А. Кубрак, С. М. Завгородній, О. В. Капшитар</i>		<i>P. O. Bulba, M. B. Danilyuk, M. A. Kubrak, C. M. Zavgorodnyi, O. V. Kapshitar</i>	
Хірургічні ускладнення у пацієнтів хворих на COVID-19 . . . . .	76	Surgical complications in patients with COVID-19 . . . . .	76
<i>П. В. Нартов, В. В. Лесний, А. В. Сивожелізов, В. С. Маслова, Я. В. Зоц, А. С. Лесна, Я. П. Нартов</i>		<i>P. V. Nartov, V. V. Liesnyi, A. V. Syvozhelizov, V. S. Maslova, Ya. V. Zots, A. S. Liesna, Ya. P. Nartov</i>	
Вплив профілактичної терапії ран негативним тиском у порівнянні зі стандартними методами закриття лапаротомної рани у хворих, які перенесли відкрите оперативне втручання з приводу колоректального раку . . . . .	80	The effect of prophylactic negative pressure wound therapy compared with standard methods of laparotomy wound closure in patients who underwent open surgery for colorectal cancer . . . . .	80
<i>В. М. Лихман, В. Ю. Чемадура</i>		<i>V. M. Lyhman, V. Yu. Chemadura</i>	
Еволюція діагностики та лікування гострого панкреатиту . . . . .	84	Evolution of diagnosis and treatment of acute pancreatitis. . . . .	84
<i>В. І. Лупальцов</i>		<i>V. I. Lupaltsov</i>	



С. Д. Шаповал<sup>1</sup>,  
Л. А. Василевська<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний  
медико-фармацевтичний  
університет

<sup>2</sup> КНП «Міська лікарня № 3»  
Запорізької міської ради

© Шаповал С. Д.,  
Василевська Л. А.

## АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА БЕШИХУ ТА ПРИ РОЗВИТКУ В НИХ СЕПСИСУ

**Реферат.** Антибактеріальна терапія (АБТ) є найважливішим компонентом комплексної терапії бешихи та сепсису, а рання адекватна емпірична АБТ призводить до зменшення летальності та частоти ускладнень.

**Мета дослідження.** З'ясувати частоту розвитку сепсису у хворих на деструктивні форми бешихи та алгоритм проведення їм антибактеріальної терапії.

**Матеріали і методи.** Ретроспективно та проспективно проаналізовано 284 історій хвороб пацієнтів на бешиху, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в центрі гнійно-септичної хірургії КНП «Міська лікарня №3» м. Запоріжжя за період 2016-2023 рр. У всіх хворих при госпіталізації була діагностована бешиха, за формами: еритематозна – 59 (20,8 %), бульозна – 69 (24,3 %), флегмонозна форма – 116 (40,8 %), некротична – 40 (14,1 %). Рецидивних випадків захворювання відмічено у 46 (16,2 %) пацієнтів. Досліджувані хворі були розподілені наступним чином: 1 група – хворі на бешиху без сепсису – 254 (86,1%), 2 група – 30 хворих на сепсис (10,6%).

**Результати.** Причиною сепсису у хворих на деструктивні форми бешихи були його некротичні форми. З 30 хворих «подвійний» режим АБТ отримували 13 пацієнтів, «монотерапія» карбапенемами здійснювалася у 17 хворих. По всіх показниках групи були репрезентативними. Загальна післяопераційна летальність склала 36,7% (померло 11 хворих). Але серед померлих хворих, що отримували «подвійний» режим АБТ, летальні наслідки були у 7 пацієнтів, при «монотерапії» карбапенемами – у 4.

**Висновки.** Побудова алгоритму АБТ з урахуванням етіології та особливостей резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів є самим оптимальним підходом.

**Ключові слова:** бешиха, сепсис, антибактеріальна терапія, резистентність, летальність

### Вступ

Аналіз етіологічної структури та динаміки інфекційних захворювань показує, що епідемічна ситуація в Україні та світі продовжує ускладнюватися. Існують збудники, які проявляють тропізм до клітин дерми, викликаючи різноманітні захворювання, зокрема бешиху [1].

Серед інфекційних патологій за частотою реєстрації бешихове запалення займає четверте місце, після гострих респіраторних інфекцій, вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції. Серед усіх запальних захворювань шкіри і підшкірної клітковини на бешиху припадає 15-20 %. За останніми оцінками частота захворюваності спостерігається від 10 до 100 випадків на 100 000 жителів/рік [2, 3].

На фоні зниження тенденції до летальності, збільшується частота ускладнень та частота випадків середньо-тяжкого і тяжкого перебігу захворювання. При цьому характерним став хро-

нічний, затяжний перебіг бешихи та розвиток у них ускладнень у вигляді сепсису [4, 5].

У структурі пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями, які потребують хірургічного втручання, це хворі з ускладненими формами бешихи, які складають від 6,7 до 21%. Летальність серед некротичної форми хвороби коливається в межах від 5,8 до 81% [6].

Розвиток медичної науки, вдосконалення методів обстеження та хірургічного лікування хворих на сепсис на тлі деструктивних форм бешихи дозволяють сьогодні говорити про якісно новий етап надання допомоги хворим.

Необхідність нового комплексного методу лікування обумовлена зміною чутливості збудників бешихи до антибактеріальних препаратів [7, 8]. Проведення раціональної антибіотикотерапії (АБТ), є важливим компонентом комплексного лікування бешихи, але в умовах широкого поширення антибіотикорезистентності



є досить складне завдання. При виборі схем АБТ враховуються дані про мікробіологічної активності препаратів, їх переносимості та фармакокінетики [9].

Ефективність призначеної АБТ підвищується при дотриманні суворого режиму дозування, призначення її при наявності обґрунтованих показань, використання правильно підібраних комбінацій з різним спектром антибактеріальної активності, визначення чутливості виділених штамів мікроорганізмів до конкретних антибактеріальних препаратів [10].

Проведені бактеріологічні дослідження, в разі ускладнених форм бешихи, показали переважання мікробних асоціацій, що вже в плані стартової терапії вимагає вихідного призначення антибактеріальних препаратів більш широкого спектру дії, що володіють також протианаеробною активністю [11]. До отримання мікробіологічного дослідження виділень з гнійного вогнища, слід проводити емпіричну антибіотикотерапію, яка повинна володіти широким спектром дії як на аероби, так і на анаероби.

Препаратом вибору для проведення емпіричної антибіотикотерапії володіє група карбапенемів. При цьому необхідно враховувати можливість розвитку антибіотикорезистентності, ймовірність наявності мультирезистентних збудників, а також присутність MRSA штамів мікроорганізмів, коли необхідно призначати ванкоміцин або лінезолід. В сучасній практичній хірургії найбільш широко використовується подвійний режим комбінованої антибіотикотерапії із застосуванням захищених цефалоспоринов I і V генерації в поєднанні з аміноглікозидами, рідше – сучасні фторхінолони.

Проте багато питань методичного підходу до лікування та трактування окремих аспектів потребують вивчення та уточнення.

#### Мета дослідження

З'ясувати частоту розвитку сепсису у хворих на деструктивні форми бешихи та алгоритм проведення їм антибактеріальної терапії.

#### Матеріали і методи дослідження

Ретроспективно та проспективно проаналізовано 284 історії хвороб пацієнтів на бешиху, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в центрі гнійно-септичної хірургії КНП «Міська лікарні № 3» м. Запоріжжя за період 2016-2023 р.

У всіх хворих при госпіталізації була діагностована бешиха, за формами: еритематозна – 59 (20,8 %), бульозна – 69 (24,3 %), флегмонозна форма – 116 (40,8 %), некротична – 40 (14,1 %). Рецидивних випадків захворювання відмічено у 46 (16,2 %) пацієнтів. Досліджувані хворі були розподілені наступним чином: 1 група – хворі

на бешиху без сепсису – 254 (86,1%), 2 група – 30 хворих на сепсис (10,6%).

У гендерному відношенні: чоловіків – 127 (44,7 %), жінок – 157 (55,3 %). Вік пацієнтів склав (62,1±2,6) років.

Найпоширенішими супутніми захворюваннями у них були: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, ожиріння. У 258 (90,7%) пацієнтів вказана патологія була одночасною.

Комплекс бактеріологічних досліджень складався з визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, якісного складу мікробних збудників та кількості мікробних тіл на Іг тканини. Для визначення чутливості мікроорганізмів гнійного осередку до антибактеріальних препаратів застосовували автоматизований апарат «Vitek-2» (Франція). Сучасні автоматичні методи дослідження засівів ранового осередку дозволяють зафіксувати зріст мікроорганізмів протягом 6-8 годин, що вже через 24-48 годин отримати точну ідентифікацію збудника.

Статистичний аналіз проводили з використанням програмного пакету «Statgraphics Plus for Windows 7,0».

#### Результати дослідження та їх обговорення

Усі обстежені пацієнти народилися та проживають у Запорізькій області, вони дали інформовану письмову згоду на участь у дослідженні, яка погоджена комісією з біоетики ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Дослідження проводилось відповідно до етичних і морально-правових вимог наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

Перебіг та тяжкість бешихи залежали від строків госпіталізації хворих до стаціонару. Ними встановлено, що причиною незадовільних результатів лікування захворювання було пізнє звернення хворих за медичною допомогою (t=2,19227, P=0,032690).

Проведення АБТ у хворих на бешиху є одною з головних ланок комплексного лікування. Це є аксіома, яка перегляду не підлягає.

При еритематозній формі бешихи ефективними були напівсинтетичні пеніциліни або цефалоспоринов I-II генерацій. Така схема проведення АБТ була успішною майже у 100 % випадків та дозволяла купірувати запальний процес протягом 5-7 діб.

При бульозній формі бешихи також були ефективними напівсинтетичні пеніциліни або цефалоспоринов I-II генерацій. При поширеності бул, ми застосовували цефалоспоринов III генерації. З останніх перевагу віддавали цефтріаксону.

Проведення АБТ у хворих з флегмонозною формою бешихи мало свої відмінності. По-



перше, ми враховували мікробіологічний паспорт центру, який ведеться та аналізується понад 20 років. Знаючи ймовірних збудників інфекції та високий відсоток MRSA штамів стафілококів, ми мали змогу призначити емпіричну АБТ максимально наближений до направленої АБТ.

По-друге, як було зазначено раніше, визначення чутливості мікроорганізмів гнійного осередку до антибактеріальних препаратів проводилося за допомогою автоматизованого апарату «Vitek-2» (Франція).

Подальше проведення АБТ здійснювали тільки за результатами засіву. Воно складалося з призначенням захищених цефалоспоринов III генерації + лінезолід по 600 мг 2 р. на добу *per os*.

За некротично-формі бешихи антибактеріальна терапія передбачала призначення захищених цефалоспоринов III–IV генерації + лінезолід по 600 мг × 2р. на добу в/в, потім по 600 мг 2 р. *per os*. У випадках, коли захворювання було обтяжено сепсисом — карбапенемами у максимальному дозуванні + лінезолід по 600 мг × 2 р. в/в.

Слід пам'ятати, що системні антиміотики (флуконазол, фуцис та ін.) повинні призначатися після 7-10 діб після початку АБТ у профілактичній дозі 150 мг на тиждень.

У 30 (10,6 %) хворих на деструктивні форми бешихи причиною сепсису були його некротичні форми. З 30 хворих «подвійний» режим АБТ отримували 13 пацієнтів, «монотерапія» карбапенемами здійснювалася у 17 хворих. По всім показникам групи були репрезентативними. Загальна післяопераційна летальність склала 36,7% (померло 11 хворих). Але серед померлих хворих, що отримували «подвійний» режим АБТ, летальні наслідки були у 7 пацієнтів, при «монотерапії» карбапенемами — у 4.

При виборі адекватного режиму АБТ сепсису слід планувати не тільки залучення всіх потен-

ціальних збудників, але й можливість участі в інфекційному процесі полірезистентних госпітальних штамів мікроорганізмів. Крім того, слід урахувати невпинний зріст метицилін (оксацилін) резистентних стафілококів, деяких ентеробактерій (*E. coli*, *Klebsiella spp.*) — продуцентів β-лактамаз розширеного спектру (це призводить до зниження ефективності цефалоспоринов, часто — аміноглікозидів та фторхінолонів), синьогнійної палички, стійкої до гентаміцину, фторхінолонів, інгібітор-захищених пеніцилінів.

Таким чином, ми повинні признати обставину, що на сьогодні оптимальним режимом емпіричної АБТ сепсису є карбапенемами — як препарати, що мають найбільш широкий спектр дії і до яких спостерігається найменший рівень резистентності. В деяких випадках альтернативою карбапенемів є цефепім, цефтаролін, захищені антипсевдомонадні β-лактами (цефеперазон/сульбактам, піперацилін/тазобактам) та «респіраторні» фторхінолони. У випадках неефективності зазначених режимів АБТ слід оцінити доцільність додаткового призначення глікопептидів (ванкомицин, тейкопланін або лінезолід, а також системних антибіотиків (флуконазол).

### Висновки

1. Причиною сепсису у хворих на деструктивні форми бешихи хворих є його некротичні форми (10,6 %) з післяопераційною летальністю 36,7 %.

2. Рання адекватна емпірична АБТ у хворих на бешиху при розвитку сепсису призводить до зменшення летальності та частоти ускладнень.

3. Побудова алгоритму АБТ з урахуванням етіології та особливостей резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів є самим оптимальним підходом.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Голубовська ОА., Андрейчин МА., Шкурба АВ та ін. Інфекції захворювання. За ред. О.А. Голубовської. 4 вид. Київ: ВСВ «Медицина», 2022. 464 с. [Укр.].
2. Michael Y, Shaukat N. Erysipelas. National Library of Medicine. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532247/>.
3. Huang YF, Tang HJ, Xu HL. Effect of monthly prophylactic antibiotic use in patients with recurrent cellulitis: a 20-year population-based cohort study at a medical center. 2023, June 15;16:3819-27. doi: 10.2147/IDR.S393919. Electronic collection 2023. PMID: 37342433.
4. Гопаца Г.В., Єрмакова Л.А. Бешиха: сучасний стан проблеми. Науковий альманах. 2016; 1-2: 364-6.
5. Bruun T. Early response in cellulitis: a prospective study of dynamics and predictors. Clinical Infectious Diseases. 2016;63(8):1034-41.
6. Tangye SG, Al-Herz W, Bousfiha A, et al. Human Inborn Errors of Immunity: 2022 Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee [published online ahead of print, 2022 Jun 24. J Clin Immunol. 2022;1:35. doi:10.1007/s10875-022-01289-3.
7. Bednarska A, Sosinska-Bryla I, Grobczewski P, Podlasin R, et al. The effectiveness of erysipelas prevention depends on the cumulative dose of benzathine penicillin G. 2022;14(3):9429. doi: 10.4081/other2022.9429. Electronic collection 2022, September 14. PMID: 36199905.
8. Шаповал С.Д., Василевська Л.А., Белінська В.О. Особливості клінічного перебігу та принципи диференціальної діагностики доброякісних захворювань. Клінічна хірургія. 2021; 88 (1/2): 61-8. [Укр.].
9. Chinn IK, Chan AY, Chen K, et al. Diagnostic interpretation of genetic studies in patients with primary im-



- munodeficiency diseases: A working group report of the Primary Immunodeficiency Diseases Committee of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(1):46-69. doi:10.1016/j.jaci.2019.09.009.
10. Leonardi L, Rivalta B, Cancrini C, et al. Update in primary immunodeficiencies. *Acta Biomed.* 2020;91(11-S):e2020010. doi: 10.23750/abm.v91i11-S.10314.
11. Sunderkotter K, Becker K, Eckmann K, Graninger W, Kujat P, Schdfer H. Calculated initial parenteral treatment of bacterial infections: Skin and soft tissue infections. *GMS Infect Dis.* March 26, 2020;8:Doc11. doi: 10.3205/id000055. Electronic collection 2020.PMID: 32373436.

## REFERENCES

1. Holubovska OA, Andreichyn MA, Shkurba A V ta in. *In-fektsiini khvoroby. Za red. O.A. Holubovskoi.* 4 vyd. Kyiv: VSV «Medytsyna», 2022. 464 s. [In Ukr.].
2. Michael Y, Shaukat N. Erysipelas. National Library of Medicine. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532247/>.
3. Huang YF, Tang HJ, Xu HL. Effect of monthly prophylactic antibiotic use in patients with recurrent cellulitis: a 20-year population-based cohort study at a medical center. 2023, June 15;16:3819-27. doi: 10.2147/IDR.S393919. Electronic collection 2023.PMID: 37342433.
4. Gopatsa GV, Ermakova LA. Erysipelas: current state of the problem. *Scientific almanac.* 2016;1-2:364-6.
5. Bruun T. Early response in cellulitis: a prospective study of dynamics and predictors. *Clinical Infectious Diseases.* 2016;63(8):1034-41.
6. Tangye SG, Al-Herz W, Bousfiha A, et al. Human Inborn Errors of Immunity: 2022 Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee [published online ahead of print, 2022 Jun 24. *J Clin Immunol.* 2022;1:35. doi:10.1007/s10875-022-01289-3.
7. Bednarska A, Sosinska-Bryla I, Grobczewski P, Podlasin R, et al. The effectiveness of erysipelas prevention depends on the cumulative dose of benzathine penicillin G. 2022;14(3):9429. doi: 10.4081 /other2022.9429. Electronic collection 2022, September 14. PMID: 36199905.
8. Shapoval SD, Vasylevska LA, Belinska VO. Osoblyvosti klinichnoho perebihu ta pryntsyvy dyferentsialnoi di-ahnostyky dobroiakisnykh zakhvoriuvan. *Klinichna khirurgiia.* 2021;88(1/2):61-8. [In Ukr.].
9. Chinn IK, Chan AY, Chen K, et al. Diagnostic interpretation of genetic studies in patients with primary immunodeficiency diseases: A working group report of the Primary Immunodeficiency Diseases Committee of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(1):46-69. doi: 10.1016/j.jaci.2019.09.009.
10. Leonardi L, Rivalta B, Cancrini C, et al. Update in primary immunodeficiencies. *Acta Biomed.* 2020;91(11-S):e2020010. doi: 10.23750/abm.v91i11-S.10314.
11. Sunderkotter K, Becker K, Eckmann K, Graninger W, Kujat P, Schdfer H. Calculated initial parenteral treatment of bacterial infections: Skin and soft tissue infections. *GMS Infect Dis.* March 26, 2020;8:Doc11. doi: 10.3205/id000055. Electronic collection 2020.PMID: 32373436.



ANTI-BACTERIAL  
THERAPY IN PATIENTS  
WITH DISEASE AND THE  
DEVELOPMENT OF SEPSIS  
IN THEM

*S. D. Shapoval,  
L. A. Vasylevska*

**Abstract.** Antibacterial therapy (ABT) is the most important component of the complex therapy of dysentery and sepsis, and early adequate empiric ABT leads to a decrease in mortality and the frequency of complications.

*The aim of the study.* To find out the frequency of development of sepsis in patients with destructive forms of hysteria and the algorithm of antibacterial therapy.

*Materials and methods.* Retrospectively and prospectively analyzed 284 disease histories of patients with impetigo who were treated in the center of purulent-septic surgery of the KNP «City Hospital No. 3» in Zaporizhzhia for the period 2016–2023. All patients were diagnosed with impetigo during hospitalization, according to the forms : erythematous – 59 (20.8%), bullous – 69 (24.3%), phlegmonous – 116 (40.8%), necrotic – 40 (14.1%). Recurrent cases of the disease were noted in 46 (16.2%) patients. The studied patients were divided as follows: 1st group – erysipelas patients without sepsis – 254 (86.1%), 2nd group – 30 sepsis patients (10.6%).

*The results.* The cause of sepsis in patients with destructive forms of hysteria was its necrotic forms. Out of 30 patients, 13 patients received a «dual» ABT regimen, 17 patients received «monotherapy» with carbapenems. According to all indicators, the groups were representative. The total postoperative mortality was 36.7% (11 patients died). But among the dead patients who received the «double» regimen of ABT, 7 patients had fatal consequences, with «monotherapy» with carbapenems – in 4.

*Conclusions.* Building an ABT algorithm taking into account the etiology and characteristics of resistance of microorganisms to antibacterial drugs is the most optimal approach.

**Key words:** *erysipelas, sepsis, antibacterial therapy, resistance, lethality.*