

рих аутодермопластики виконувались в 2 етапи і в 5 постраждалих — в 3 етапи.

Під час лікування пацієнтів основної групи було виконано 52 аутодермопластики. Процес отримання аутодермотрансплантатів ультра-тонкого зрізу супроводжувався значно меншою кровотечею, порівняно з контрольною групою. Це давало можливість у кожного пацієнта проводити забір аутологічної шкіри значно більшої площі, яка в середньому становила 992,6 см², при середній крововтраті 234,3 мл. Таким чином, у кожного хворого площа одномоментного закриття ран перфорованими аутодермотрансплантатами в середньому становила 10,8%. У 24 пацієнтів аутодермопластику було виконано одноетапно, в 14 постраждалих операція проводилась в два етапи.

Як в основній, так і в контрольній групі пацієнтів відмічено повне приживлення аутодермотрансплантатів без ознак лізису та відшарування. Отримані трансплантати шкіри і донорські рани — відповідно, характеризувалися рівними краями. У хворих основної групи відмічено повну епітелізацію донорських ран на 6–7 добу, тоді як у пацієнтів контрольної групи донорські рани епітелізувались на 9–10 добу. Середній ліжко/день у пацієнтів основної групи складав $23,1 \pm 1,4$ днів, а в спостережуваних хворих контрольної групи становив $31,5 \pm 1,6$ днів — відповідно.

Таким чином, застосування розщеплених трансплантатів шкіри ультратонкого зрізу при проведенні аутодермопластики у обпечених хворих скорочує тривалість регенерації донорських ран на 31,6 %, забезпечує збільшення площі закриття ран на 60,2% та скорочує середній ліжко/день на 26,7%.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Краснов О.Г., Ляховський В.І.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Післяопераційна летальність у хворих з синдромом діабетичної стопи (СДС), однією із головних причин якої є сепсис та його ускладнення, складає 20–30%. Тому одним із найбільш складних і невирішених питань є рання діагностика сепсису та його ускладнень, що забезпечить зниження ризику летальних випадків у хворих з цією патологією.

Проведений аналіз 68 стаціонарних карток хворих із гнійно-некротичними ураженнями СДС, які з 2006 по 2011 роки перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні № 1 2-ї міської лікарні м. Полтави. Для розробки способу прогнозування виникнення та перебігу сепсису було проаналізовано 22 різних лабораторних параметрів.

Згідно з отриманими даними, найбільш вираженими були зміни лабораторних показників при нейроішемічній формі СДС, що свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання при поєднанні дії інфекційного агента з ішемією. При цьому відмічалась достовірна різниця у зниженні кількості еритроцитів та лімфоцитів, підвищенні ШОЕ, лейкоцитів, сечовини.

Показниками вираженого ендотоксикозу була анемія у 15 (22,1%), а зниження вмісту білку сироватки крові — у 13 (19,1%) хворих. Проявами поліорганної дисфункції була протеїнурія і глюкозурія у 27 (39,7%) пацієнтів, а підвищення креатиніну спостерігалось у 16 (23,5%) хворих. Істотно підвищувався лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) від $1,87 \pm 0,05$

при синдромі системної занальної відповіді (ССЗВ) до $6,87 \pm 1,24$ при тяжкому сепсисі.

У переважної більшості хворих мали місце прояви синдрому ендогенної інтоксикації. При цьому частими ознаками були тахіпноє і тахікардія, відповідно у 77,9% та 58,8% пацієнтів. У 43 (63,2%) хворих клінічний перебіг захворювання супроводжував ССЗВ, який встановлений на підставі двох симптомів — у 20 (29,4%), трьох — у 17 (25%), чотирьох симптомів — у 6 (8,8%) осіб.

Сепсис діагностований у 13 (19,1%) пацієнтів. Хоча, бактеріємія виявлена лише у 6 з 13 хворих на сепсис. Однак, наявність гемокультури ми вважаємо факкультативною ознакою. У решти хворих діагноз сепсису був виставлений на основі наявності ССЗВ та наявності осередку інфекції. Динаміка змін ССЗВ у хворих з гнійно-некротичними ураженнями СДС дозволила нам виділити основні фази перебігу захворювання, серед яких: перша — місцеві прояви запальної реакції без ознак ССЗВ; друга — системно-токсичні порушення (септична) та третя — тяжкий сепсис та його ускладнення.

Таким чином, наші клінічні спостереження свідчать, що клініко-патогенетичною особливістю сепсису у хворих з гнійно-некротичними ураженнями СДС є висока частота його розвитку та тяжкість з "каскадним" перебігом і блискавичним прогресуванням в поліорганну недостатність, септичний шок, що пояснюється масивним ураженням тканин кінцівки.