

УДК 617.586-002.44-002.36:616.379-008.64]-089.168.1-06+616.94-037

© В. В. ІВАЩЕНКО, А. В. ІВАЩЕНКО

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Можливості прогнозування імовірності сепсису в ранньому післяопераційному періоді у хворих на цукровий діабет із глибокою флегмоною стопи

V. V. IVASHCHENKO, A. V. IVASHCHENKO

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

POSSIBILITIES OF FORECASTING OF SEPSIS PROBABILITY IN EARLY POST-OPERATION PERIOD OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS WITH DEEP FOOT PHLEGMON

Основою діагностики сепсису є перш за все його клінічна картина. Водночас жодна з ознак не є специфічною для його визначення, тому диференційна діагностика в кожному конкретному випадку являє собою завдання з багатьма невідомими. Найчастіше диференційний діагноз проводиться між початковими формами сепсису та синдромом гнійно-резорбтивної лихоманки. Звичайно, за відсутності бактеріємії, ознак порушення функції внутрішніх органів і при швидкій нормалізації основних параметрів гомеостазу при успішному хірургічному лікуванні гнійних осередків мова йде більше про гнійно-резорбтивну лихоманку, ніж сепсис [1].

Разом з тим у пацієнтів, які страждають від цукрового діабету (ЦД) і глибокої флегмони стопи, вирішення подібного питання вкрай утруднене. Як правило, таких хворих госпіталізують в хірургічний стаціонар несвоєчасно у зв'язку з запізнілою діагностикою та неадекватним лікуванням на попередніх етапах в стані тяжкого бактеріального токсикозу. Місцеві процеси у таких хворих характеризуються розвитком обширного гнійно-некротичного джерела без ознак його обмеження з нерізка вираженою реакцією запалення. Виконання негайного операційного втручання – головний лікувальний засіб, без якого надання ефективної допомоги цим хворим вельми проблематичне. Водночас в одних пацієнтів після радикального втручання (розкриття гнояка) майже на другу добу констатують значне поліпшення загального стану, а у третини з них – навіть погіршення загального стану з розвитком у низки бактеріального шоку та блискавичного сепсису, і в подальшому рановий процес набуває затяжного характеру. Цьому сприяє безпосереднє операційне втручання, під час якого відбувається посилене надходження в кров

бактерій і продуктів протеолізу внаслідок механічних маніпуляцій в операційній рані (ліквідація затікань, перемичок), що викликає зростання ендогенної інтоксикації та іноді сприяє виникненню бактеріального шоку й сепсису [2]. Прогнозування подібних можливих ускладнень у комплексному лікуванні глибокої флегмони стопи у хворих на ЦД – найважливіше завдання.

За свою багаторічну працю (1985–2012 рр.) ми накопичили досвід лікування 212 хворих на глибоку флегмону стопи, що розвинулася на тлі ЦД. В процесі цього періоду для оцінювання висхідного стану хворого, ступеня тяжкості ендотоксикозу ми використали до 30 різних діагностичних маркерів та тестів, що всебічно охоплюють основні параметри гомеостазу. На основі досліджень проф. В. П. Шано [3], ми відібрали універсальні маркери ендотоксикозу і шляхом вивчення їх рівня в до- і післяопераційному періоді визначили найінформативніші загальнодоступні показники, що найшвидше і найточніше прогнозують імовірність розвитку в таких хворих у ранньому післяопераційному періоді бактеріального шоку і сепсису. Ними виявилися: зростання у два рази після втручання протеолітичної активності крові (метод А. Н. Соринова та В. А. Филова, 1967 [4]), зростання рівня глюкози в крові на 10 ммоль/л та більше, зростання в 2–3 рази індексу лейкоцитарної інтоксикації, зниження добового діурезу більш ніж на 50 %).

Тим не менше, сьогодні всіх хворих на ЦД із глибокою флегмоною стопи під час госпіталізації в стаціонар, незалежно від висхідних показників гомеостазу, ми включаємо в групу ризику щодо наявності сепсису і після 1995 року всім проводимо методи інтенсивного передопераційного лікування, яке продовжуємо і під час операції, і в ранньому

післяопераційному періоді (продовжена внутрішньоартеріальна терапія через низхідну артерію коліна із введенням антибіотиків та інсуліну, з використанням методів еферентної та квантової терапії (одночасне ультрафіолетове та лазерне опромінення аутокрові, метод регіонарного плазмаферезу, гемофільтрації), раціональної інфузійної терапії) з обов'язковим радикальним втручанням із висіченням плантарного апоневроза [5].

За період 1985–1995 рр. до впровадження вищезазначених заходів у 65 хворих на глибоку флегмону

стопи сепсис констатовано у 25 хворих (35 %) із летальністю 45 % в 11 хворих. За період 1996–2012 рр. зі 147 таких хворих сепсис констатовано у 14 (9,5 %) пацієнтів із летальністю 14,4 % (2 хворих).

Шляхи поліпшення лікування таких хворих полягають у своєчасній корекції метаболічних змін у хворих на ЦД, компенсації рівня глікемії, ангіопротекторній терапії та профілактиці пошкоджень стопи зі своєчасним адекватним реагуванням на виникаючі при цьому трофічні розлади в м'яких тканинах кінцівки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Костюченко Б. М. Диагностика и дифференциальная диагностика хирургического сепсиса / Б. М. Костюченко, А. М. Светухин // Всесоюз. конф. "Хир. сепсис". – Тула, 1989. – С. 56–58.
2. Ивашкевич Г. А. Предупреждение и лечение глубоких флегмон диабетической стопы / Г. А. Ивашкевич, Я. В. Головатый // Вестник хирургии. – 1992. – № 7–12. – С. 326–329.

3. Шано В. П. Клинические лекции по интенсивной терапии / В. П. Шано. – Донецк, 1993. – 177 с.
4. Соринов А. Н. Определение общей протеолитической активности биологических жидкостей / А. Н. Соринов, В. А. Филов // Лабораторное дело. – 1967. – № 5. – С. 304.
5. Иващенко В. В. Диагностика и комплексное лечение диабетической стопы / В. В. Иващенко. – Донецк, 1997. – 123 с.

Отримано 15.04.13