

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ НАСЕЛЕННЯ МІСТА ЗАПОРІЖЖЯ, ВИДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА ЇХ НАСЛІДКИ

Новак В.В.

Науковий керівник: к.мед.н. Захарчук О.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра факультетської хірургії

Мета. Вивчити динаміку розвитку синдрому діабетичної стопи (СДС) у хворих та з'ясування причин летальності. Матеріали та методи. Ретроспективно та проспективно проаналізовано 4272 історій хвороб на ускладнений СДС з 2006 – 2016 рр. Для розподілу хворих на групи використовували Нідерландську класифікацію СДС (1991 рік), а з 2012 р. – класифікацію ускладненого СДС С.Д. Шаповала та співав. З'ясовано, що у 100 % випадків у хворих на ускладнений СДС була «пізня» госпіталізація. Кількість хворих на ускладнений СДС працездатного віку (до 60 років) збільшилася з 20,5 до 30,7 %. Кількість «високих» ампутацій в абсолютних цифрах тенденції до зменшення не має. Проте, відсоток «високих» ампутацій серед госпіталізованих хворих суттєво зменшився за рахунок впровадження «малих» ампутацій на передньому відділі стопи, що привело до зменшення інвалідизації хворих на ускладнений СДС. Отримані результати. Післяопераційна летальність впродовж досліджуваного періоду часу знизилася з 6,6 % (2006р.) до 0,77 % (2016 р.). Загальна летальність у хворих на ускладнений СДС коливалася від 4,0% (2006 р.) до 0,87 % (2016 р.). Померло 53 хворих після «високих» ампутацій, летальність – 10,3 % (всього ампутацій 513) та 11 хворих після «малих», летальність – 1,04 % (всього операцій 1072). Післяопераційна летальність впродовж досліджуваного періоду часу знизилася з 6,6 % (2006р.) до 0,77 % (2016 р.). Висновки. Реальним шляхом зменшення летальності у хворих на ускладнений СДС є динамічне спостереження за ними на догоспітальному етапі. Методом вибору оперативних втручань повинні бути «малі» ампутації на передньому відділі стопи, що не призводять до стійкої інвалідизації хворих і зберігають опороздатність кінцівки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА ПОДКОРКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Новикова Л.В.

Научный руководитель: д.мед.наук, проф. Козёлкин А.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра нервных болезней

Цель: выявить особенности течения и исхода острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ) подкорковой локализации. Пациенты и методы: под нашим наблюдением находилось 38 (15 мужчин и 23 женщины, средний возраст $65,7 \pm 1,2$ лет) пациентов с повторным МИПИ подкорковой локализации. Всем больным при поступлении проводили КТ головного мозга, детальный неврологический осмотр с использованием шкалы NIHSS. Степень инвалидизации оценивали по модифицированной шкале Рэнкина (mRS). В зависимости от тяжести инсульта все больные были разделены на две группы наблюдения – в первую вошли 18 пациентов со средней степенью тяжести инсульта (шкала NIHSS 8-12 баллов), во вторую – 20 пациентов с тяжелым неврологическим дефицитом (шкала NIHSS - 13-16 баллов). Результаты. У пациентов первой группы наблюдения средний суммарный балл по шкале инсульта NIH составил $9,04 \pm 1,06$, а у пациентов второй группы – $14,31 \pm 1,5$ баллов. Средний балл по mRS у пациентов первой группы составил $3,2 \pm 0,6$, а у больных второй группы – $4,2 \pm 0,7$. У пациентов изучалась взаимосвязь между КТ- параметрами, степенью тяжести инсульта и уровнем инвалидизации. Корреляционный анализ показал прямую положительную связь между средним суммарным баллом по шкале NIHSS и индексом IV желудочка ($r=+0,70$; $p<0,05$), размером компенсаторно расширенного III желудочка ($r=+0,68$; $p<0,05$). Положительная корреляционная связь определялась также между суммарным баллом по mRS и смещением прозрачной перегородки ($r=+0,72$; $p<0,05$), и увеличением абсолютного индекса IV желудочка ($r=+0,55$; $p<0,05$). Вывод. Тяжелый неврологический дефицит и неблагоприятный клинико-социальный исход у пациентов с повторным МИПИ в подкорковых отделах головного мозга коррелировал со смещением прозрачной перегородки (более 5мм), компенсаторным расширением III желудочка (более 7 мм) и увеличением абсолютного индекса IV желудочка (более 15).