

applications. South Med J 1998; 3:220-5.

5. Sox HC Jr, Liang MH. The erythrocyte sedimentation rate: guidelines for rational use. Ann Intern Med 1986;104:515-23.

6. Stuart J, Whicher JT. Tests for detecting and monitoring the acute phase response. Arch Dis Child 1988;63:115-7.

7. Wolfe F, Michaud K. The clinical and research significance of the erythrocyte sedimentation rate. J Rheumatol 1994;21:1227-37.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кузнецов А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Лечение гнойно-некротических поражений стопы (ГНПС), возникших вследствие сахарного диабета остается трудной задачей хирургии. На это указывает неуклонный рост числа больных с данной патологией и количества ампутаций конечностей, приводящих к тяжелой инвалидизации пациентов [1].

Цель исследования: изучить эпидемиологическую структуру гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) и проанализировать результаты хирургического лечения больных данной патологии в условиях общехирургического стационара.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 98 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС), находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2013-2015 годах.

Обследование больных включало общеклинические методы, лабораторные методы, инструментальные методы исследования артериального русла нижних конечностей, микробиологическое и гистологическое исследование операционного материала.

Результаты и обсуждение. Эпидемиологическая картина выглядит следующим образом. Среди больных женщин было 45 (46%), мужчин – 53 (54%). Возраст больных варьировал от 33 лет до 87 года. Средний возраст составил 60,6 лет.

Выявленные изменения стопы были представлены такими

морфологическими формами как: 1) очаговый некроз тканей - 2; 2) гнойно-некротические язвы пальцев стопы - 7; 3) гнойно-некротические язвы стопы - 9; 4) гнойно-некротическая флегмона стопы - 9; 5) остеоартропатия в сочетании с деструктивным остеомиелитом костей стопы - 8; 6) гангрена пальцев стопы (сухая и влажная) - 52; 7) гангрена дистальных отделов стопы (сухая и влажная) – 11 больных.

В процессе обследования у 69 (70%) больных были обнаружены клинические и инструментальные признаки хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК).

У 93% больных были выявлены одно или более сопутствующих заболеваний, при этом преобладали ИБС, артериальная гипертензия. Кроме того, следует отметить, что у 16% больных в анамнезе имелся инфаркт миокарда, а у 11% больных – острое нарушение мозгового кровообращения. Такие осложнения, как диабетическая ретинопатия и диабетическая нефропатия выявлены у 36,2% больных.

В стратегии лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС нами применялся дифференцированный подход, основанный на объективной оценке следующих ключевых моментов: тяжести состояния, характера и распространенности гнойно-некротического процесса, наличия признаков хронической артериальной недостаточности (ХАН) и уровню артериальной окклюзии.

В алгоритме лечения больных с ГНПС первостепенным являлся вопрос о наличии или отсутствии ХАН, а также возможности сосудистой реконструкции. Однако следует отметить, что лишь 5,8% больным с признаками ХАННК после углубленного ангиохирургического обследования, вследствие наличия противопоказаний (уровня и протяженности окклюзии артериального русла, возраста, и тяжести состояния), были предложены реконструктивные операции на сосудах.

По объему хирургического лечения нами были выделены три группы больных. Первую группу составили пациенты, которым выполнялись «малые вмешательства» (вскрытие абсцессов, флегмон, некрэктомии) в сочетании с многокомпонентной консервативной терапией и разгрузкой стопы. При этом акцент делался на своевременность операции, а также соблюдение принципов радикальности обработки гнойного очага и устранение пу-

тей его дальнейшего распространения. При обширных дефектах, в последующем, после купирования инфекционного процесса у этой категории больных применялись методы пластического закрытия ран.

Вторую группу составили больные, у которых имелись показания к высокой ампутации нижней конечности (ВАНК):

- обширные, глубокие гангренозные изменения мягких тканей всех отделов стопы (пальцы, тыльные и подошвенные клетчаточные пространства, пяточная область);

- влажная гангрена дистальных отделов стопы в сочетании с восходящим лимфангитом стопы и голени, сопровождающаяся тяжёлой интоксикацией и угрозой развития септического состояния; отдельным показанием являлось присоединение анаэробной инфекции;

- различные по морфологии деструктивные изменения стопы на фоне декомпенсированной ишемии конечности, особенно при признаках высокой окклюзии и невозможности ее коррекции хирургическим путем.

Третью группу составили больные с гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы, которым вследствие отсутствия критической ишемии стопы, сепсиса первично были выполнены ампутации пальцев и сегментов стопы по усовершенствованной методике [2]. В целом структура выполненных операций представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура выполненных операций у больных с СДС

Год	2013	2014	2015
Всего больных	33	29	36
Всего оперировано больных	19 (58%)	16 (55%)	25 (69%)
Количество выполненных операций			
ВАНК	6	5	6
ДАС	6	6	11
«Малые операции»	7	5	8

Результаты лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС оценивались по уровню ампутации конечности, послеоперационной летальности, длительности лечения и представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты хирургического лечения больных с ГНПС

Показатели	2013	2014	2015
Частота ВАНК, %	18,2%	17,2%	16,7%
Количество умерших/летальность, %	2/6,1%	1/3,5%	2/5,6%
Длительность лечения, к/д	28	23	25

Выводы.

1. Количество больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС, находящихся на лечении в общехирургических стационарах не имеет тенденции к снижению.

2. Комплексный, дифференцированный подход в стратегии хирургического лечения больных с ГНПС, в сочетании с применением усовершенствованной методики ДАС позволил добиться позитивных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатович И. Н. Хирургия и ангиология диабетической стопы: монография / И. Н. Игнатович, Г. Г. Кондратенко. – Минск : БГМУ, 2013. – 304 с

2. Дистальные ампутации стопы при гнойно-некротических осложнениях хронической артериальной недостаточности нижних конечностей / С.М. Смотрич, А.Г. Кузнецов // Инструкция по применению № 006-0209: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 30.10.09. – Гродно: ГрГМУ, 2010. – 10 с.

МАРКЕРЫ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛАБОРАТОРНЫМ КРЫСАМ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛ

Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

В лабораторной практике известно большое количество экспериментальных методов воспроизведения иммунодефицита. Наиболее часто с помощью введения цитостатиков: циклофосфамида, циклофосфана, метотрексата, азатиоприна. Однако, вышеуказанные препараты обладают доказанной выраженной гепатотоксичностью [1].

Прямые гепатотоксические эффекты лекарственных средств (ЛС) определяются дозой ЛС, поэтому их негативный эффект