

ложнений связанные с передней и задней кольпорафией, при выполнении пластики классическим методом, так же гофрированные бранши протеза более эластичны и создают так называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта, боли и нарушение функции органов малого таза в дальнейшем.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Епифанов М.И., Хильмончик И.В.,
Филипович А.В., Живушко Д.Р*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Среди поздних осложнений сахарного диабета (СД) наиболее серьезными признаны поражения сердца, почек, глаз и нижних конечностей, однако синдром диабетической стопы (СДС) занимает в этом списке лидирующие позиции. В Республике Беларусь количество больных СД превысило 220 000 тыс., из них в Гродненской области состоит на учете 24453 тыс. больных, в Гродно – 6176 тыс. Ежегодно число больных СД увеличивается на 5-7 %, а каждые 12-15 лет удваивается. Прирост больных СД в нашем регионе за год составил в области 6,4 %, в городе – 8,8 %. Динамика возрастания частоты поражения стопы показывает, что у большинства, из более чем 150 млн. больных СД в мире, есть и будут анатомические и/или патологические изменения в нижних конечностях с широким спектром проблем стопы (Брискин Б.С. и соавт., 1999).

Если учесть, что 40-60 % всех ампутаций нижних конечностей производятся у больных СДС, а у 85 % из них ампутации предшествуют гнойно-некротические процессы стопы (Гурьева И.В. и соавт., 1999), становится очевидной значимость и актуальность данной проблемы в хирургической практике. Известно, что у 60-70 % больных СДС развивается диабетическая нейропатия, ведущая к снижению чувствительности нижних конечностей, образованию безболезненных язв стоп с последующим развитием поздних гнойно-некротических флегмон, абсцессов и гангрен в связи со специфической восприимчивостью к инфекции мягких тканей стопы. Однако, отдельные авторы, (Стряпухин В.В. и соавт., 2011), считают, что одним из основных факторов поздних осложнений СДС являются окклюзионно-стенотические поражения периферических артерий. Другие (Гурьева И.В. и соавт., 1999), среди поздних осложнений СДС отмечают сочетанные поражения, диабетические язвы нейропатического и нейроишемического генеза, а чисто ишемические встречаются, только у 3-7 % их наблюдений. Отсутствие единого мнения о ведущих причинах поражения стоп при СД в некоторой степени объясняет неудовлетворенность хирур-

гов результатами лечения поздних гнойно-некротических осложнений СДС, однако неудачи при хирургическом лечении и трудности связаны с особой тяжестью течения этих осложнений, обусловлены тканевой гипоксией, нарушениями микроциркуляции и макрогемодинамики приводящие к снижению оксигенации тканей, преимущественно за счет возрастания концентрации гликолизированного гемоглобина, нередко вообще не корректируемыми гнойно-некротическими процессами в тканях стопы (Robbisy M, 2008).

Предметом дискуссии остаются вопросы объема и оптимальных сроков выполнения хирургических вмешательств у этих больных. Все изложенное оставляет проблему лечения поздних осложнений СДС в числе актуальных, несмотря на множество разработанных и предложенных методов лечения.

Цель исследования. Провести анализ собственных результатов оперативного лечения поздних гнойно-некротических осложнений СДС, для дальнейшего совершенствования, объективизации выбора тактики хирургического лечения и с этих позиций оптимизации комплексного лечения этой тяжелой патологии.

Материал и методы. Исследование основывается на результатах анализа комплексного лечения 715 больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС, страдающих СД в течение 5-27 лет, госпитализированных во 2-ое хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно», клиники общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2003 по 2010 г.г. Мужчин было 42 %, женщин - 58 %, в возрасте от 28 до 84 лет. СД типа II был у 87,3 %, типа I – у 12,7 % пациентов.

Характер поражения нижних конечностей был следующим: поверхностные трофические изменения и язвы стопы или голени были у 109 (15,2 %) больных, абсцессы, флегмоны, некрозы (стопы, голени) – у 254 (35,5 %), гнойно-некротические раны (после хирургического лечения флегмон), остеомиелит костей стопы, гангрена пальцев, артриты суставов стопы – у 263 (36,8 %), влажная распространенная гангрена (стопы, голени) – у 89 (12,4 %) больных. Следует отметить, что развитие гнойно-некротического процесса на конечностях, при поздних осложнениях СДС, сопровождалось нарушениями функции всех жизненно важных органов, что определяло необходимость всестороннего обследования пациентов.

Всем больным проводились общеклинические методы исследования (клинический и биохимический анализ крови, мочи) исследование свертывающей системы крови, включая агрегацию тромбоцитов. Исследования оценки гнойно-некротического очага включали рентгенографию стопы в двух проекциях, бактериологическое исследование состава микрофлоры с очага инфекции с оценкой ее чувствительности к антибиотикам. Оценка степени ишемии конечности и характеристика регионарного кровотока на голени методом ультразвуковой доплерографии и продольной реографии.

Результаты. Комплексное консервативное лечение, направленное на купирование инфекционного процесса в гнойно-некротическом очаге проводилось с момента госпитализации всем больным, с последующей коррекцией антибактериальной терапии в соответствии с чувствительностью выделенной микрофлоры. Обязательным компонентом консервативного лечения являлась компенсация СД и применение антикоагулянтов, дезагрегантов и симптоматическая терапия с учетом сопутствующих заболеваний. Купирование критической ишемии пораженных конечностей включало применение пентоксифиллина, вазопростана, никотиновой кислоты, солкосерила, актовегина, трайкора, новокаина. Комплексное лечение включало хирургическую обработку гнойно-некротического очага стопы в соответствии с характером и объемом распространенности некроза в ранние сроки после госпитализации. Широкое раскрытие гнойных очагов и их санация выполнены у 297 (41,5 %) больных в первые сутки госпитализации. Наш многолетний опыт хирургического лечения и наблюдения этих больных показал, что результаты хирургических вмешательств лучше при отсутствии выраженного отека тканей конечности и после купирования ишемии, поэтому придерживаемся принципа выполнения малых ампутаций и экзартикуляций пальцев и сегментов стопы, во избежание дополнительной травматизации тканей при повторных вмешательствах. Такой объем оперативных вмешательств выполнен у 173 (24,2 %) больных. Из-за сложности анатомического строения стопы и тяжести гнойно-некротического процесса, особенно без четких границ поражения, добиться радикальности хирургической обработки во время одного оперативного вмешательства часто не представляется возможным, поэтому стремление к радикальности любой ценой не оправдано. Оперативные пособия в объеме вскрытия и дренирования распространенных некрозов, флегмон, клетчаточных пространств, выполнялись неоднократно нами у 198 (27,7 %) больных, нередко с последующей ампутацией сегментов стопы, остеонекротомией и метатарзальной резекцией. В клинике принято не торопиться с решением вопроса о проведении высокой ампутации. Считаем, что следует всеми доступными средствами и методами по возможности добиваться перевода влажной гангрены в сухую и уменьшения интоксикации. Целесообразна консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о попытке проведения реконструктивных сосудистых операций, позволяющих устранить ишемию, особенно у пациентов трудоспособного возраста. Высокие ампутации выполнены у 73 (10,2 %) больных, при этом у 31 пациента только за последние 2 года. Умерло 20 больных, общая летальность составила 2,8 %, из них в послеоперационном периоде умерло 12 (1,7 %).

Заключение. Мультифакториальность и разнообразие клинических форм СДС требуют от хирургов осознания необходимости разработки обоснованных, своевременных подходов к диагностике, прогнозированию вероятности развития поздних гнойно-некротических осложнений СДС, необходимости повторных курсов лечения. При выборе тактики хирургического лечения следует учитывать общее состояние пациента, объем

гнойно-некротического очага, характер и степень ишемии конечностей. Основу хирургического лечения поздних осложнений СДС должны составлять принципы активной хирургической тактики на фоне адекватной комплексной консервативной (общей и местной) терапии.

Единые принципы ведения этих больных организация и соблюдение преемственности эндокринологов, хирургов, терапевтов стационара и поликлиники, позволят улучшить результаты лечения, снизить частоту высоких ампутаций конечности и будут способствовать продлению жизни этой тяжелой категории больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННЫХ МЕТОДИК В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИЗОДОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Могилевец Э.В.,
Полынский А.А., Цилиндзь И.Т., Довнар И.С., Милешко М.И.,
Пакульневич Ю.Ф., Колешко С.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени, наряду с функциональной печеночной недостаточностью, относятся к основным факторам, которые обуславливают прогноз течения заболевания и наступления летальных исходов, что обуславливает актуальность разработки и применения комплексного лечения и профилактики данного осложнения. Выбор метода лечения остаётся сложным и нерешённым. Увеличение числа больных и количества тяжёлых, и опасных для жизни осложнений, неудовлетворённость результатами лечения, как консервативного, так и оперативного, оставляют эту проблему в числе актуальных и диктуют необходимость поиска путей улучшения результатов лечения этого тяжёлого заболевания. На решение данной проблемы направлен поиск и использование новых методик, как изолированных, так и в комбинации.

Цель исследования: Оценка возможностей использования сочетанных методик лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии, применяемых в Городском центре гастроудоденальных кровотечений (ГДК) г. Гродно в плане профилактики рецидивов.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели проводилась статистическая обработка результатов лечения пациентов с циррозом