

соответственно. Покраснение лица после приёма алкоголя отметили 55,9% пациентов 2 группы и 45% пациентов 3 группы. Покраснение лица реже отмечают пожилые пациенты, употребляющие алкоголь (45,7%), чем пациенты среднего возраста (58,1%, $p < 0,05$). У пожилых пациентов, употребляющих алкоголь, покраснение лица возникает после приёма $76,1 \pm 13,2$ г крепких напитков, у больных среднего возраста – после приёма $76,4 \pm 9,0$ г, $p > 0,05$. У женщин флэш-реакция наступает после приёма значительно меньшего количества крепких алкогольных напитков ($59,4 \pm 6,5$ г), чем у мужчин ($92,3 \pm 11,2$ г, $p = 0,012$).

Выводы:

1. У женщин с АГ боли в правом подреберье более интенсивные и продолжительные, чем у мужчин. У мужчин прослеживается более чёткая связь болей с приёмом пищи, чем у женщин.
2. У пожилых больных болевой синдром значительно менее выражен по сравнению с больными среднего возраста. У пожилых больных флэш-реакция на приём алкоголя возникает значительно реже, чем у больных среднего возраста.

Литература:

Воронина О.А., Григорьева Н.С. Основы гендерных исследований. Хрестоматия. М. 2001.
Милькаманович В. К. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней Минск: Полифакт-альфа, 1995.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Божко Е.Г., Хомич Д.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Прокопчик Н.И.

Цирроз является окончательной стадией любого хронического заболевания печени. Это многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем двух основных клинических синдромов: функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии.

Цель работы: 1) выявить морфологические особенности осложнения цирроза печени в зависимости от половой принадлежности; 2) понять отличительные характеристики, естественное течение и методы лечения цирроза печени, учитывая гендерные различия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 671 больного, проходивших лечение в УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно» в 2009-2011 г., умерли 53 человека (33 мужчины и 20 женщин). Осуществлено изучение соответствующих протоколов вскрытий.

Результаты. При патогистологическом исследовании печени установлено, что если пациент умирал вследствие печёночно-клеточной недостаточности, то цирроз печени в большинстве случаев носил макро-микронодулярный мультилобулярный характер. Разрастание соединительной ткани в печени носило диффузный характер с формированием секвестрации гепатоцитов. Отмечались деструкция и пролиферация желчных протоков, а также резко выраженный диффузный интралобулярный необструктивный холестаз. Наряду с холестазом, в гепатоцитах повсеместно отмечались белковая дистрофия, некробиоз и некроз. В случае смерти пациентов вследствие портальной гипертензии цирроз в большинстве случаев носил микронодулярный монолобулярный характер. Соединительнотканые септы представлялись тонкими, желчные протоки в портальных трактах на большем протяжении имели обычное строение, а местами отмечалась их слабо выраженная пролиферация. Гепатоциты в ложных дольках располагались более упорядоченно, местами формировали балки. В цитоплазме гепатоцитов кое-где определялся липофусцин и имел место слабо выраженный холестаз; альтеративные изменения гепатоцитов были слабо выражены.

Выводы:

выявлены морфологические особенности цирроза печени в зависимости от пола: для лиц мужского пола более характерен микронодулярный монолобулярный цирроз, а для лиц женского пола – макро-микронодулярный мультилобулярный цирроз с резко выраженным холестазом и альтеративными изменениями гепатоцитов;

осложнения ЦП в виде портальной гипертензии чаще возникают у лиц мужского пола, а в виде функциональной недостаточности печени – у лиц женского пола.

Литература:

- Дегтярёв А.К. Клиническая гастроэнтерология. 2001. С.464 – 468.
Ермашанцев А. И. Хирургическое лечение синдрома портальной гипертензии в России //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2001. № 4. С. 75-77.
Милькаманович В. К. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней Минск: Полифакт-альфа, 1995.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ФОНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НОГ

Божко А.А., Гриб П.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Климович И.И

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) встречается у 8-10% больных сахарным диабетом (СД). До сих пор во всем мире оказание помощи больным с СДС далеко от совершенства. По меньшей мере, у 47% больных лечение начинается с опозданием. Результатом являются ампутации конечностей, увеличивающие смертность больных в 2 раза.

Цель исследования: проанализировать частоту возникновения и дать оценку лечения разных форм СДС у больных с сопутствующим атеросклерозом ног.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с СДС и сопутствующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно с января 2011 по октябрь 2012 года.

Результаты и обсуждение. За этот период в отделении было пролечено 43 пациента с СДС. Средний возраст пациентов составил 64,4 года, при этом самому молодому пациенту было 46 лет, а самому старому – 91. Мужчин было 27 (63%), женщин – 16 (37%). Диагноз СД 1 типа установлен у 6 (14%) пациентов, 2 типа – 37 (86%). Нейропатической формой СДС страдали 10 (23,3%) пациентов, ишемической – 8 (18,6%), нейроишемической – 25 (58,1%). Всего случаев СДС с сопутствующим атеросклерозом ног было 39 (90,7%), нейропатическая форма – 8 (20,5%), ишемическая – 8 (20,5%), нейроишемическая – 23 (59%). Клинические формы и их лечение представлены в таблице. Оперативное лечение проведено 31 (72%) пациенту, остальные 12 (28%) лечились консервативно.

Таблица. Клинические формы СДС и их лечение

		Нейропатическая	Ишемическая	Нейроишемическая
Мужчины (возраст)	40-60 лет	5 (18,5%)	1 (3,7%)	5 (18,5%)
	>60 лет	3 (11,1 %)	7 (25,9%)	6 (22,3%)
Женщины (возраст)	40-60 лет	1 (6,3%)	-	5 (31,2%)
	>60 лет	1 (6,3%)	-	9 (56,2%)
СД 1 тип	Мужчины	1 (16,7%)	1 (16,7 %)	3 (50%)
	Женщины	-	-	1 (16,7%)
СД 2 тип	Мужчины	7 (18,9%)	7 (18,9%)	8 (21,6%)
	Женщины	2 (5,5 %)	-	13 (35,1%)
Сопутствующее заболевание атеросклероз ног		8 (20,5%)	8 (20,5%)	23 (59%)
Лечение	Оперативное	6 (19,3%)	6 (19,3%)	19 (61,4%)
	Консервативное	4 (33,3%)	2 (16,7%)	6 (50%)

Всего было проведено 49 операций. Из них высокие ампутации – 7 (14,3%) операций, ампутация на уровне голени – 4 (8,2%), ампутация стопы – 3 (6,1%), ампутация пальцев стопы – 14 (28,6%), вскрытие и дренирование флегмоны – 13 (26,5%), поэтапная некрэктомия – 8 (16,3%).

Вывод:

СДС на фоне облитерирующего атеросклероза ног чаще встречается у лиц, страдающих СД 2 типа в пожилом возрасте, при этом наиболее распространенной формой СДС является нейроишемическая.

Лечение должно быть индивидуальным и комплексным, сочетая консервативное лечение СД и атеросклероза, выполнение своевременного рационального хирургического пособия.