

– 33 (70,2%) человека, показания к высокой ампутации имелись на момент поступления:

- обширные, глубокие некротические изменения мягких тканей всех отделов стопы

- влажная гангрена пальцев, в сочетании с восходящим лимфангитом стопы и голени, сопровождающаяся тяжёлой интоксикацией.

У 14 (29,8%) человек первоначально выполнялись «малые» ампутации (пальцев); причинами последующей «высокой» ампутации явились:

- прогрессирование некротических изменений мягких тканей стопы и голени

- наличие критической или субкритической ишемии нижних конечностей с отсутствием тенденции к заживлению послеоперационной раны

- признаки гнилостной флегмоны стопы с высоким уровнем интоксикации

Таким образом, причинами «высоких» ампутаций нижних конечностей у больных с заболеваниями периферических артерий являются гнойно-некротические изменения мягких тканей стопы вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей и синдрома диабетической стопы.

Факторами, влияющими на выбор уровня ампутации, следует считать:

- распространенность и характер деструктивных изменений тканей стопы и голени;

- уровень окклюзии магистрального кровотока;

- степень ишемии дистальных отделов конечности;

- выраженность интоксикации и тяжесть общего состояния пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКРЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кузьмицкая Ю.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.М.Пырочкин

В последнее время артериальная гипертензия (АГ) в экономически развитых странах выявляется у 30-40% взрослого населения и у 50% лиц старше 50 лет. Фремингемское исследование показало, что АГ является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Очень важна в лечении АГ стабильность гипотензивного эффекта препарата в утренние часы при однократном приеме в течение суток, что снижает риск гипертензивных реакций и тахикардии при случайном пропуске приема препарата.

Целью исследования было изучение антигипертензивной эффективности препарата «Локрен» фирмы «Sanofi-Sinthelabo» (Франция) у больных АГ в амбулаторных условиях.

Материал и методы: в исследование было включено 36 больных в возрасте от 36 до 58 лет (средний возраст $49,9 \pm 1,33$ года) мужского (16 человек) и женского (20 человек) пола, страдающих АГ I (25 человек) и II (11 человек) степени (в соответствии с классификацией ВОЗ, 1999). Продолжительность заболевания колебалась от 3 до 10 лет. В исследование не включились больные с тяжелой патологией почек, нарушениями функции печени, сердечной недостаточностью II-IV функционального класса (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца), сахарным диабетом, перенесенным инфарктом миокарда и мозговым инсультом, принимающие глюкокортикоиды, с исходной брадикардией и имеющие противопоказания к назначению β -адреноблокаторов. До включения в исследование 19 больных не принимали гипотензивные препараты, 17 – лечились нерегулярно, не контролировали АД, принимали ингибиторы АПФ 8 человек,

антагонисты кальция – 5 человек, диуретики – 2 человека и β -адреноблокаторы – 2 человека. У всех больных за трое суток до включения в исследование отменили все гипотензивные препараты.

Всем пациентам назначали локрен в начальной суточной дозе 10 мг 1 раз в сутки утром. Наблюдение и лечение локреном проводили в течение 56 дней. Оценивали эффективность лечения по данным офисного измерения АД. Целевым считалось АД < 140/90 мм рт.ст. Эффективность локрена считали отличной при снижении САД менее 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст. от исходного уровня, хорошей – при снижении САД более чем на 15% и ДАД более чем на 100%, удовлетворительной – при снижении САД менее чем на 15% и ДАД менее чем на 10%.

Результаты. При монотерапии у больных с АГ I степени отличный гипотензивный эффект наблюдался у 17 (68%) больных, у 6 (24%) больных ответ на лечение был хорошим, у остальных (8%) – удовлетворительным. Монотерапия у пациентов с АГ II степени к отличному гипотензивному эффекту привела у 3 (27,3%) человек, хорошему – у 6 (54,2%) человек, однако, не был достигнут целевой уровень АД. Эффективность монотерапии у больных с АГ I степенью АД сохраняется через 14, 28 и 56 дней. Целевое АД у них достигнуто в 98%. Кроме того, у 3 пациентов удалось снизить дозу препарата до 5 мг в сутки. Отмечено достоверное урежение ЧСС в данной группе. Добавление эналаприла (берлиприла) к локрену понадобилось для коррекции АД у 8 пациентов с АГ II степени, благодаря чему был достигнут целевой уровень АД к 14 дню, который удерживался на протяжении всего срока наблюдения за больными.

Выводы: монотерапия локреном в суточной дозе 10 мг у больных АГ I-II степени оказывает выраженное гипотензивное действие с достижением целевого уровня АД ниже 140/90 мм рт. ст. преимущественно у больных АГ I степени. Добавление эналаприла в суточной дозе 10 мг к локрену у больных АГ II степени позволяет

достичь целевого уровня АД у большинства пациентов. Применение локрена в дозе 10 мг не сопровождается развитием побочных эффектов, требующих отмены препарата.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РАНеныМ В
КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ
В ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОТРЯДАХ СПЕЦИАЛЬНОГО
НАЗНАЧЕНИЯ**

Куксенко М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Военная кафедра

Научный руководитель – майор м/с, ст. преподаватель С.В.Флюрик

Анализ деятельности медицинских отрядов специального назначения (МОСН), оказывавших квалифицированную хирургическую помощь (КХП) раненым в 1994-1996 г.г., - выявление проблем, требующих решения.

Из-за поступления большого числа раненым с сочетанными и множественными повреждениями (24,4 и 30,3%), которые в 12,4% случаев расценивались как тяжелые и в 6,4% - как крайне тяжелые, предъявляются высокие требования к подготовке хирургических кадров МОСН. В результате этого появилась необходимость изменения организационно-штатной структуры отрядов, совершенствование их оснащения и средств развертывания.

Оптимальным объемом квалифицированной хирургической помощи в МОСН в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов следует считать неотложные хирургические вмешательства и реанимационные мероприятия. При задержке дальнейшей эвакуации на срок более 6 ч проводятся срочные операции, а при задержке на срок более 12 ч – и отсроченные оперативные вмешательства.

Рассмотрение этапа КХП как вынужденного (резервного) этапа медицинской эвакуации в современных локальных войнах и