

кровеносное русло тотчас развиваются общие проявления: головокружение, головная боль, тошнота, рвота, понос, кровотечение из слизистых оболочек, тахикардия, снижение АД вплоть до коллапса со смертельным исходом.

Ядовитые железы у земноводных расположены в нижнем слое кожи, имеют шаровидную или овальную форму и выделяют слизистую жидкость, в которой находится ядовитое вещество. Амфибии, у которых более развиты эти железы, могут произвольно увеличивать выделение секрета и употреблять его как средство защиты. К ядовитым амфибиям относятся жабы: обыкновенная и зеленая. В их коже содержатся стерны, обладающие местным раздражающим действием. Для объяснения страха перед ядовитыми животными обратимся к теории психиатра Карла Юнга о структуре личности и архетипах, живущих в коллективном бессознательном человечества. Коллективное бессознательное – скопление эмоционально заряженных мыслей и воспоминаний, выведенных из родового опыта. Они детерминированы исторически глубоким прошлым, они общие для всех людей. В далеком прошлом столкнулись наши предки со змеями и ядовитыми амфибиями. Скрытные ночные животные, скользкие, холодные, они одним своим видом вызывали отвращение. Ведь любой непонятный объект вызывает у нас страх, так как несет потенциальную угрозу. Они оказались ядовитыми, то есть несли реальную опасность. Так страх обрел основание, и истории о змеях и жабах обрастали все новыми подробностями, вымыслами и небылицами. Сейчас, казалось бы, давно пора забыть наивные заблуждения предков, но коллективное бессознательное все еще довлеет над нами, и от страха перед змеями и жабами может избавить лишь помощь квалифицированного психолога.

## **ПРИЧИНЫ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ СТОПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кузнецов А.Г. Жук С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. С.М. Смотрин*

Актуальность проблемы. Гнойно-некротические поражения стопы (ГНПС) – наиболее тяжелые осложнения таких заболеваний, как облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) и сахарный диабет (СД). Удельный вес проксимальных ампутаций нижней конечности у этих больных достигает 50-60%. Наметившийся в последние годы курс на выполнение органосохраняющих операций даже у пациентов с «критической» ишемией нижних конечностей абсолютно оправдан. Однако проблема успешности ампутаций на уровне стопы, выполняемых по поводу гнойно-некротических изменений при хронической артериальной недостаточности (ХАН) по традиционным методикам, далека от ее решения. Отмечено, что после выполнения ампутации пальцев и сегментов стопы местные гнойно-некротические осложнения могут встречаться у 60-75% больных.

Цель исследования: изучить характер и частоту местных гнойно-некротических осложнений после дистальных ампутаций стопы (ДАС) у больных с ХАН, при традиционных хирургических подходах.

Материалы и методы. Нами проанализированы 40 случаев ДАС у больных с ГНПС вследствие окклюзионных заболеваний артерий нижних конечностей. Структура операций выглядит следующим образом: ампутация пальца – 32 случая, блока пальцев – 7, ампутация стопы – 1 больной. Среди них мужчин было – 23 (57,5%), женщин – 17 (42,5%), в возрасте от 44 до 82 лет. Средний возраст больных составил 65,2 года.

Причиной ГНПС явились у 13 (32,5%) человек - ОААНК, у 27 (67,5%) человек – СД, из них у 9 (33,3%) пациентов диагностирована ишемическая форма СДС, у 18 (66,6%) – нейроишемическая. Все пациенты имели IV степень ХАН (по классификации Покровского - Фонтейна).

Результаты. Первичное заживление послеоперационной раны отмечено лишь у 7 (17,5%) больных. У 33 (82,5%) в послеоперационном периоде развились местные гнойно-некротических осложнения. Некроз кожно-фасциальных лоскутов различной глубины и протяженности отмечен у 21 (52,5%) больного. При этом за счет тыльного лоскута – 14 случаев, подошвенного – 1, обоих лоскутов – 6. Гангрена соседнего пальца у 8 (20,0%) больных. Нагноение послеоперационной раны у 4 (10%) пациентов. Указанные осложнения у 12 (30%) больных привели к распространению гнойно-некротических изменений на всю стопу, с последующей высокой ампутацией конечности. Возникшие осложнения потребовали дополнительных операций у 18 (45%) больных, исходом, которых явилось вторичное заживление раны у 14 (35%) человек, выписка с гранулирующей раной на амбулаторное лечение у 7 (17,5%) больных.

**Выводы.** Дистальные ампутации стопы, выполненные по поводу гнойно-некротических поражений мягких тканей по традиционным методикам, без учета ХАН, сопровождаются большим количеством различных местных осложнений, которые нередко приводят к высокой ампутации конечности.

## **ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Кузнецов А.Г. Жук С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. С.М. Смотрин*

**Актуальность проблемы.** Количество больных сахарным диабетом (СД) в мире превышает 100 млн., каждый год число их увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет удваивается. Ежегодный рост числа больных с гнойно-некротическими поражениями стоп (ГНПС), достигает 12%. Тактика лечения, направленная на выполнение малых ампутаций, сохраняющих опорную функцию конечности, абсолютно оправдана. Однако проблема, связанная с большим количеством (60-75%) местных гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде, требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность предлагаемой оперативной техники дистальных ампутаций стопы у больных с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 65 больных с СДС, осложненным ГНПС в возрасте от 44 до 82 лет. Среди них мужчин было – 43 (66,2%), женщин – 22 (33,8%) человека. СД I типа выявлен у 9 (13,8%) человек, СД II типа у 56 (86,2%). Имели ишемическую форму СДС – 26 (40%) человек, смешанную – 39 (60%). Местно были выявлены следующие морфологические изменения: гангрена пальцев стопы – у 50 (76,9%) человек; гнойно-некротические язвы пальцев с разрушением межфаланговых и плюсне-фаланговых суставов – у 15 (23,1%) человек. Структура первичновыполненных операций выглядит следующим образом: ампутация пальца – 43 случая, блока пальцев – 6, ампутация стопы – 6.

Все пациенты были разделены на две группы. Контрольная (27 человек), в которой ампутации выполнялись по методикам, описанным в классических