

зависела от различных подходов в терапии. Крысы, получавшие гормональный препарат, погибли в 1 сутки; получавшие только антибактериальный препарат, погибли через 1,5 недели; группа животных, получавшая гормональный и антибактериальный препараты, оказались наиболее устойчивыми к развитию патологических изменений.

При проведении аутопсии обнаружено токсическое поражение легких, желудка, пищевода, значительные морфологические изменения в печени.

Вывод. Бужирование – основной методом лечения современной хирургии.

В остром периоде наиболее рациональным подходом в лечении химических ожогов у детей является назначение, наряду со стандартными лечебными мероприятиями, профилактической терапии. Учитывая найденные морфологические изменения в печёночной ткани, показано назначение гепатопротекторов.

Литература:

1. Катько В.А. Детская хирургия. – Мн.: ООО «Мэджик Бук», 2004. – 196 с
2. Разумовский А.Ю., Романов А.В., Батаев С.-Х. М., Садчикова Р. В., Захаров А.И. Тактика лечения детей с химическими ожогами пищевода // Детская хирургия. – 2001, №6. – С.32-36.

## **ХИРУРГИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Шейфер Ю.А.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - к.м.н., ассистент В.П.Василевский

Синдром диабетической стопы является наиболее частым и грозным поздним осложнением сахарного диабета. Число больных сахарным диабетом во всём мире увеличивается. Более 180 млн.

человек страдают этим заболеванием, а к 2025 г. прогнозируется увеличение до 330 млн [2]. По данным Минздрава Беларуси, в стране на конец 2005 г. зарегистрировано 144 тыс. больных, включая 1500 детей и подростков. Медико-социальная значимость обусловлена большим количеством нетравматических ампутаций, из которых 75 % приходится на синдром диабетической стопы. Экономические затраты, связанные с ампутациями, составляют от 10 969 до 26 940 долларов в год [3,1].

Целью работы явилось выявление клинических проявлений и определение рациональных способов хирургического лечения синдрома диабетической стопы.

Нами обследовано 190 больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы, проходивших лечение в хирургическом отделении узловой клинической больницы г. Гродно с 2004 по 2006 гг. По возрасту обследованные больные распределены следующим образом: до 50 лет – 9 человек, что составляет 4,7 %; после 50 – 181 человек ( 95,3 %). Клинические формы синдрома диабетической стопы у наблюдаемых пациентов можно представить в виде : нейропатической формы – 114 больных (60 %), ишемической формы – 19 больных (10 %), смешанной формы – 57 больных (30%). По степени тяжести ишемических расстройств и деструкции тканей среди наблюдаемых больных следует выделить следующие группы: сахарный диабет плюс ангиопатия – 105 больных (55,26 %) ,сахарный диабет и трофические язвы – 45 больных (23,68 %), сахарный диабет плюс гангрена дистальных отделов нижних конечностей – 40 больных (21,06%). Необходимо отметить, что у 36 больных (34,3%) сахарный диабет сочетался с облитерирующим атеросклерозом. Консервативное лечение было проведено у 136 больных, у остальных 54 пациентов оно было дополнено хирургическим вмешательством. В связи с этим потребовалось выполнить 31 ампутацию, что составляет 57,41 % от общего числа оперативных вмешательств, 11 некроэктомий (20,37 %), 4 аутодерматопластики (7,41%), 8 вскрытий гнойно-некротических

флегмон (14,81%). Структура ампутаций выглядит следующим образом: на уровне бедра-11(35,48 %); на уровне стопы - 2 (6,45 %), и удаление пальцев стопы - 18 (58,01 %). В результате проведенного лечения клиническое улучшение получено у всех больных. Однако у 1 больного в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса после выполнения «малой» ампутации на стопе потребовалось по жизненным показаниям произвести ампутацию конечности в средней трети бедра. У 3 пациентов некрэктомии, у 2 больных вскрытие флегмоны сопровождалось этапными хирургическими санациями в количестве от одного до трёх оперативных вмешательств.

Из вышесказанного следует, что синдром диабетической стопы – осложнение сахарного диабета, которое в конечном итоге приводит к потере трудоспособности, а в ряде случаев и к инвалидизации. В зависимости от степени и глубины поражения дистальных отделов нижних конечностей хирургическое лечение может быть выполнено в виде ампутации, некрэктомии, аутодерматоластики, вскрытия гнойно-некротических флегмон. Таким образом, целесообразна выработка системного комплексного подхода к диагностике и лечению данной патологии в каждом конкретном клиническом наблюдении.

Литература:

1. Газетов Б.М. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. – М.: Медицина, 1991. – с.256
2. Чур. Н.Н. Лечение больных синдром диабетической стопы// Здоровоохранение.– 1998. – №3. – С. 8 – 11
3. The High Risk Foot in Deabets Mellitus Edited by R. G. Frykberg, 1991

## **СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Шило Е.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения