

дистого хирурга для решения вопроса о реваскуляризации конечности;

- хирургическую обработку гнойно-некротических ран мягких тканей и костей стопы следует выполнять на фоне интенсивного консервативного лечения и мощной антибактериальной терапии, стабилизации регионарного кровотока и уменьшения отека стопы;

- отказ от проведения радикального иссечения некротических тканей при первой хирургической обработке в связи с отсутствием четких границ некроза мягких тканей и костей из-за анатомического строения стопы. Однако, полагаем, и так поступаем – отказ от раскрытия гнойных затеков и иссечения участков некроза, сразу после госпитализации, должен быть скорее исключением, чем правилом, при любых формах и глубине поражения стопы и тяжести общего состояния пациента.

Своевременная диагностика СДС, до развития гнойно-некротических осложнений, проведение реваскуляризации конечности, адекватное комплексное консервативное и хирургическое лечение с выполнением по показаниям многоэтапных вариантов хирургической обработки гнойных ран позволит сохранить конечность, снизить частоту или перевести ампутацию на более низкий уровень, улучшить качество жизни этих пациентов.

Литература

1. Войнов А.В., Бедров А.Я., Воинов В.А. Синдром диабетической стопы. Вестник хирургии. 2012. - №3. – С. 106-109.
2. Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Сергеев Г.А., Корьшевич С.Н., Храпов И.М. Результаты лечения пациентов с хронической критической ишемией при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Хирургия. 2011. -№ 6. –С. 51-74.
3. Митиш В.А., Пасхалевич Ю.С., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р., Блатун Л.А. Гнойно-некротические поражения при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Хирургия. 2014. -№ 1. –С. 48-52.
4. Петрова В.В., Спесивцев Ю.А., Ларионова В.И. и др. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы: Обзор. Вестник хирургии. 2010. - № 2. –С. 121-124.
5. Kruse I., Eoelman S., Evaluation and treatment of diabetic foot ulcers. Clinical diabetes. 2006. –Vol. 24. - № 2. – P. 91-93.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ IV СТЕПЕНИ

Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г., Шинтарь А.В., Мартинович М.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Лечение хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК) является одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем ангиологии и сосудистой хирургии. Трансатлантический научный консенсус по заболеваниям периферических артерий в 2000 г. сформулировал определение понятия «критическая ишемия конечности»: постоянная боль в покое, наличие трофических язв или гангрены, вызванной храни-

ческой ишемией при окклюзирующих заболеваниях периферических артерий, ожидаемая необходимость большой ампутации конечности в сроки до 6 месяцев - 1 года [1]. Известно, что у 140-150 тыс. пациентов с ХАННК развиваются критические нарушения микроциркуляции, которые приводят к высокой ампутации у 30-40 тыс. человек ежегодно. Течение ХАННК в 20-70% случаев осложняется декомпенсацией кровообращения с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК) [2]. У 40-70% пациентов с КИНК развиваются язвенно-некротические поражения дистальных отделов конечностей (IV степень ишемии по Фонтену-Покровскому), которые приводят к длительной временной либо стойкой потере трудоспособности, снижению качества жизни и к летальному исходу. К сожалению, прогрессирование хронической ишемии нижних конечностей приводит к ампутации с той же частотой, что и 30 лет назад [5]. В настоящее время не вызывает сомнений необходимость выполнения реваскуляризирующих вмешательств при язвенно-некротических деструкциях дистальных отделов нижней конечности при хронической ишемии, однако, уже в первый год после реконструкции периферических сосудов требуется ампутация конечности у 11-20% пациентов [3]. Это обусловлено тем, что процесс окклюзии протекает бессимптомно у 50% этих пациентов, что ведёт к позднему обращению за медицинской помощью и к ограничению определения показаний для прямой реваскуляризации и реконструктивных операций [4]. Несмотря на развитие сосудистой хирургии за последние десятилетия, внедрение новых технологий в лечении пациентов с ХАННК, общее количество хирургических вмешательств на сосудах в Гродненском регионе невелико. Где проходят лечение большая часть пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей нашего региона? Ответ известен – в общехирургических стационарах городских и районных больниц. Из сказанного можно сделать вывод, что подавляющее большинство пациентов с ХАННК, даже при критической ишемии, не имеют возможности получать помощь в условиях специализированных стационаров. Реваскуляризация снижает частоту больших ампутаций при хронической КИНК с 95 до 25%, однако у 54% пациентов, в связи с характером поражения, а у 7% с наличием тяжелой сопутствующей патологии эти операции не выполнимы. Положительный результат при оперативном лечении достигается только у 14-22 % пациентов[2].

Проблему лечения ХАННК с критической ишемией в настоящее время нельзя считать решённой: велико число ампутаций и не прослеживается тенденции к снижению, следует искать более эффективные методы лечения хронической критической ишемии, применимые в общехирургических стационарах.

Цель. Провести анализ результатов лечения пациентов с хронической КИНК IV степени в общехирургическом стационаре, оценить эффективность комплексного лечения разработанного в клинике.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии на базе УЗ «ГКБ №4, г. Гродно» за период 2013-2014 гг. и 9 месяцев 2015 г. во 2-ом хирургическом отделении находилось на лечении 1508 пациентов с ХАННК (587 – 2013 г., 528 – 2014 г. и 393 – за 9 месяцев 2015 г.). Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 524 (34,7%) пациентов с сопутствующей критической ишемией IV степени. Мужчин было 82%, женщин – 18%. По возрасту пациенты распределились: до 50 лет – 26 (4,8%), 51 – 60 лет – 160 (30,6%), 61 – 70 лет – 169 (32,3%), 71 – 80 лет – 110 (21%) и старше 80 лет – 59 (11,3%). Сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и нарушение сердечного ритма, артериальная гипертензия диагностированы у всех пациентов. В анамнезе у 46 (8,8%) пациентов были выполнены оперативные вмешательства на сосудах, из них у 17 (3,3%) тромбэктомия и ангиопластика, у 29 (5,5%) в объеме стентирования, шунтирования и протезирования. Всем пациентам проведено обследование: ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, продольная реовазография, микробиологическое исследование из зоны гнойно-некротических ран. Причиной хронической критической ишемии нижних конечностей IV степени во всех наблюдениях был облитерирующий атеросклероз. Деструктивный процесс в тканях стоп был представлен трофическими язвами в 32,9% случаях, коагуляционным некрозом - 24,4%, колликвационной гангреной дистальных отделов стопы в 42% случаев. Комплексное лечение включало: систему воздействия на регионарный кровоток, купирование болевого синдрома анальгезирующими и противовоспалительными средствами, спазмолитики, сосудорасширяющие, антикоагулянты, препараты воздействующие на метаболические процессы (солкосерил, актовегин), статины, простогландины. Наряду с лекарственной терапией применялась разработанная система комплексного воздействия на регионарный кровоток всеми доступными физическими факторами: квантовая гемотерапия, оксигаротерапия, плазмаферез, лекарственный электрофорез, магнитотерапия, УВЧ стоп и голеней, фотодинамическая терапия, массаж, лимфомат, реабокс. Антибактериальная терапия, в связи с общепринятым положением о полимикробном характере гнойных очагов дистальных отделов стопы при критической ишемии IV степени с ассоциацией аэробов и анаэробов, включала антибиотики широкого спектра действия. На фоне массивной антибактериальной терапии проводилось местное лечение гнойно-некротических ран дистальных отделов стоп, вклю-

чающее санирующие этапные хирургические обработки с контролем динамики течения раневого процесса, оцениваемого по клиническим и лабораторным данным с микробиологическим контролем из ран в динамике.

Результаты и их обсуждение. У исследованных 524 пациентов с ХАННК и критической ишемией IV степени независимо от тяжести гнойно-некротического процесса на поражённой конечности, по данным дуплексного сканирования и реовазографии, выявлены гемодинамически значимые нарушения кровоснабжения нижних конечностей. Обширный некроз, влажная гангрена стопы при госпитализации рассматривались нами как показание к выполнению радикального санирующего вмешательства, такая тактика применена у 39 (7,5%) пациентов. Операционная травма тканей на фоне их отёка во всех случаях наблюдения привела к значительному прогрессированию зоны некроза и ампутации стопы на границе жизнеспособных тканей, что позволило эффективно купировать инфекционный процесс и избежать расширения зоны некроза и большой ампутации конечности. У 87 (16,6%) пациентов не удалось купировать прогрессирование зоны некроза, в связи с чем им выполнена ампутация конечности на уровне бедра, из них у 19 (3,6%) по экстренным показаниям. У 367 (70,3%) после хирургической обработки зоны некроза местное лечение проводилось в соответствии с фазами течения раневого процесса, удалось купировать распространение некроза и стимулировать переход в репаративную стадию. После выписки из стационара 109 (20,8%) пациентов направлены на консультацию к сосудистому хирургу, для решения вопроса проведения реконструктивных сосудистых операций. Всего больших и малых ампутаций в исследуемой группе пациентов выполнено 126 (24%), умерло в послеоперационном периоде 29 (23%) пациентов.

Выводы. Проведённый анализ результатов лечения пациентов ХАННК с критической ишемией позволяет сделать вывод, что большая часть этих пациентов, даже при IV степени ишемии, не имеют возможности получать помощь в условиях специализированного стационара. Считаем, что:

- улучшение результатов лечения, снижение количества ампутаций нижних конечностей и госпитальной летальности у этих пациентов, возможно только при разработке индивидуальной стратегии комплексного консервативного и хирургического лечения, включающего своевременное проведение реваскуляризации нижних конечностей;
- лечение гнойно-некротических ран должно включать этапные санирующие хирургические обработки, проводимые на фоне консервативной терапии. Коррекцию консервативного лечения сле-

дует проводить в соответствии с динамикой клинических методов контроля.

Результаты нашего исследования позволяют заключить – разработанная в клинике система консервативного лечения пациентов с данной патологией позволила незначительно снизить госпитальную летальность с 24,9% до 23%, количество ампутаций не уменьшилось.

Литература

1. Абышов Н.С., Захирджаев Э.Д., Гулиев Р.А.. Продлённая эпидуральная и аутогемотерапия с озоном в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей при облитерирующем тромбангите. Хирургия. 2014. - №7. – С. 82-88.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Кочетов С.В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени. Анналы хирургии. 2010.-№3.–С.5-7.
3. Biancari F., Kantonen I., Alback A. et al. Limits of Infrapopliteal Bypass Surgery for Critic Leg Ischemia: When Not to Reconstruct. WorldJSurg. 2000.-Vol. 24.-№6.–P. 727-733.
4. Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т., Хильмончик И.В., Шевчук Д.А.. Ампутация конечностей по экстренным показаниям у пациентов с хронической артериальной недостаточностью: проблема требующая организационного решения // Гнойно-некротические поражения стопы при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей: Сб. научн. тр. – Гродно:ГрГМУ, 2010. – С. 28-32.
5. Червяков Ю.В., Староверов И.Н., Нерсисян Е.Г., Власенко О.Н., Исаев А.А., Деев Р.В. Возможности генной терапии при хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. Хирургия. 2014.-№4.–С.40-45.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ НАГРУЗКИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ХИМИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Есис Е.Л., Наумов И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. К важным и актуальным направлениям здравоохранения относится изучение общих закономерностей формирования профессионального здоровья трудящихся контингентов, выявление причинно-следственной зависимости показателей заболеваемости и функционального состояния работающих от воздействия факторов риска рабочей среды, разработка информационных критериев для формирования групп диспансерного наблюдения, обоснование комплекса профилактических мероприятий [1, 2].

Цель. Целью исследования явилась гигиеническая оценка комплексной нагрузки производственных факторов на состояние здоровья женщин, занятых на химическом производстве.

Методы исследования. Изучены условия труда, а также состояние здоровья женщин-работниц фертильного возраста ОАО «Гродно Азот», осуществлявших в 2008–2012 гг. производственную деятельность (224 пациентки).

В работе использован комплекс санитарно-гигиенических и статистических методов исследования.