

ЛИТЕРАТУРА

1. Рудин, Э. П. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью / Э. П. Рудин, С. В. Юрченко, С. В. Казанцев // Хирургия. — 1990. — № 10. — С. 33–38.
2. *Клименко, Г. А.* Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). — М.: Медицина, 2000. — 224 с.
3. *Никуленков, С. Ю.* Папиллосфинктеротомия в лечении доброкачественных поражений терминального отдела холедоха / С. Ю. Никуленков, П. Г. Климов, Ю. А. Макаров // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2001. — № 1. — С. 73–76.
4. Комбинированные эндохирургические вмешательства при осложненном течении желчнокаменной болезни / В. В. Бабышин [и др.] // Эндоскопическая хирургия: тез. докл. 4-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 21–23 февраля 2001 г.). — 2001. — Т. 7, № 2. — С. 6–7.
5. Малоинвазивные эндоскопические методики в комплексном лечении больных холедохолитиазом / Э. В. Луцевич [и др.] // Эндоскопическая хирургия: тез. докл. III Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. — М., 2000. — № 2. — С. 39–40.
6. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы / Б. С. Брискин [и др.]. // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — Т. 3, № 2. — С. 71–78.
7. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А. Е. Борисов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 86–91.
8. Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи / Ш. И. Каримов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — Т. 1, № 1. — С. 91–97.
9. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение заболеваний желчных путей / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 23–31.

УДК 617.586-089:616.379-008.64

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Батюк В. И.^{1,2}, Дундаров З. А.^{1,2}, Адамович Д. М.^{1,2}

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) является актуальной проблемой современной медицины. Большая социальная значимость заболевания СД состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации. По данным ВОЗ на сегодняшний день, в мире насчитывается более 150 млн больных сахарным диабетом и примерно такое же количество больных, диабет у которых не выявлен. Заболеваемость СД в Беларуси, как и во всем мире, возрастает из года в год. Ежегодно число больных СД увеличивается на 5–7 %. Одним из наиболее распространенных и грозных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС), который формируется у 80 % больных диабетом в течение 15–20 лет после манифестации и сопровождается гнойно-некротическими поражениями.

Цель

Оценить эффективность хирургического лечения гнойно-некротических осложнений СДС в хирургическом отделении ГОКБ.

Материал и методы исследования

В основу работы положены результаты ретроспективного анализа клинической документации 45 пациентов с диагнозом *сахарный диабет 1 и 2 типа, синдром диабетической стопы*. Возраст пациентов варьировал от 31 до 89 лет. Критерием отбора являлось наличие у пациентов гнойно-некротических осложнений СДС. Диагноз СДС пациентам с СД был выставлен на основании сбора анамнеза с учетом язвенных дефектов нижних конечностей, операций, жалоб, типичных для диабетической полинейропатии, осмотра ног. Выполняли лабораторные исследования крови и бактериологические исследования из гнойно-некротических очагов. Оценка состояния артериального кровотока проводилась с использованием ультра-

звуковой доплерографии сосудов нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса для установления степени ишемии, транскutánной оксиметрии, рентгенографии стоп, электронейромиографии. По показаниям проводилось: ультразвуковая доплерографию с цветным картированием для диагностики сопутствующего атеросклероза магистральных артерий, рентгенологическое исследование стопы в 2-х стандартных проекциях.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе мужчин было 25 (55,5 %), женщин — 20 (44,5 %). Основную группу (93 %) составили пациенты в возрастной категории от 40 до 75 лет. В исследуемой группе у 40 (88,9 %) пациентов был СД II типа, средняя длительность заболевания у них составила 10 лет. Причем максимальная длительность 29 лет и впервые выявленный сахарный диабет у 5 пациентов. Пациенты с СД I типа было 5 (11,1 %), средняя длительность заболевания 25 лет (минимальная длительность заболевания 14 лет, максимальная — 31 год). Нейропатическая форма СДС установлена в 4 случаях. Ишемическую форму в «чистом» виде наблюдали у 5 пациентов. Нейроишемическая, или смешанная форма составила 36 случаев. Все пациенты были распределены по данным локального статуса согласно классификации гнойно-некротических поражений СДС (F. W. Wagner (1987), в модификации В.М. Бенсмана (2009) включающей 5 степеней глубины поражения. Прегангрена стопы без гнойно-некротических изменений — 0 степень, диагностирована у 1 пациента. Поверхностная язва, захватывающая эпидермис и дерму — 1 степень, установлена у 8 (17,8 %) пациентов. Язвенно-некротический дефект с вовлечением подкожной жировой клетчатки, связок, сухожилий и мышц без вовлечения в процесс костной ткани — 2 степень, диагностирована у 7 (15,6 %) пациентов. Глубокое поражение тканей с вовлечением костей и развитием остеомиелитического процесса, гнойных артритов, глубоких абсцессов и флегмон — 3 степень отмечена у 8 (22,3 %) пациентов, ограниченная гангрена пальцев или части стопы — 4 степень у 15 (33,3 %) пациентов, 5 степень — распространенная гангрена, захватывающая два или все три отдела стопы, была у 6 (13,4 %) пациентов. Всего было прооперировано 37 (82,3 %) пациентов с данной патологией. Оперативный метод был преимущественно основным в лечении больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС. При этом использовали консервативные методы лечения: коррекция углеводных нарушений, рациональная антибиотикотерапия (цефалоспорины 3–4 поколения, карбапенемы в сочетании с метронидазолом), коррекция гомеостаза, применение ангиопротекторов, антигипоксантов, дезагрегантов и нейротропных средств, симптоматическая терапия, методы экстракорпоральной детоксикации, квантовая терапия, оксигенотерапию и фотодинамическая терапия. Выполнены следующие операции: ампутация пальца с головкой плюсневой кости — 14 (37,8 %) пациентов; ампутация стопы по Шарпу — у 1 пациента; ампутация конечности на уровне голени были выполнены у 3 (8,1 %) пациентов; ампутация на уровне бедра — у 5 (13,6 %) пациентов; некрэктомия — у 6 (16,2 %) пациентов, остеонекрэктомия у 1 пациента, вскрытие глубоких абсцессов стопы и гнойных затеков у 6 (16,2 %) пациентов. Летальных случаев в исследуемой группе не было.

Вывод

Лечение СДС — сложное и многоэтапное, в основе которого стоит решение вопроса о возможности и целесообразности сохранения опорной функции конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войнов, А. В. Синдром «диабетической стопы» / А. В. Войнов, В. А. Бедров, В. А. Войнов // Вестник хирургии. — 2012. — Т. 171, № 3. — С. 106–109.
2. Дедов, И. И. Диабетическая стопа / И. И. Дедов, О. В. Удовиченко, Г. Р. Галстян. — М.: Практическая медицина, 2005. — 197 с.
3. Удовиченко, О. В. Диабетическая стопа / О. В. Удовиченко, Н. М. Грекова. — М.: Практическая медицина, 2010. — 272 с.
4. Грекова, Н. М. Хирургия диабетической стопы / Н. М. Грекова, В. Н. Бордуновский. — М.: Медпрактика-М, 2009. — 188 с.
5. Земляной, А. Б. Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы. Патогенез, клиника, диагностика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Б. Земляной. — М., 2003.
6. Стряпухин, В. В. Хирургическое лечение диабетической стопы / В. В. Стряпухин, А. Н. Лищенко // Хирургия. — 2011. — № 2. — С. 73–76.
7. Галстян, Г. Р. Поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом / Г. Р. Галстян // Consilium Medicum. — 2006. — Т. 8, № 9. — С. 12–18.

8. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете / В. Б. Бреговский [и др.]. — СПб., 2004. — С. 17–77.
9. Светухин, А. М. Вопросы патогенеза и тактика комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы / А. М. Светухин, А. Б. Земляной // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 85–88.
10. Синдром диабетической стопы / И. И. Дедов [и др.]. — М., 1998. — 138 с.
11. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика) / М. Б. Анцыферов [и др.]; под ред. И. И. Дедова. — М., 1995. — С. 2–24.

УДК 615.214.2:615.31:547.792

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ПРОИЗВОДНЫХ 1,2,4-ТРИАЗОЛА

Белай И. М., Михайлюк Е. О., Коваленко С. И., Шабельник К. П., Цис А. В.

**«Запорожский государственный университет»
г. Запорожье, Украина**

Введение

Создание и внедрение в клиническую практику препаратов нейролептиков (антипсихотиков) в середине XX столетия явилось подлинной революцией в психиатрии и психофармакологии, позволившей впервые разработать принципы и методы рациональной фармакотерапии шизофрении и других форм психической патологии и привело к радикальным изменениям в лечении и содержании больных шизофренией: лечение большинства клинических форм стало возможным во внебольничных условиях, а содержание в психиатрических стационарах стало приближаться к общемедицинским нормам [3].

Однако, несмотря на продолжительное и достаточно успешное применение традиционных (классических) нейролептиков, обусловленное широким спектром их действия, данная группа препаратов имеет целый ряд ограничений при использовании, и в первую очередь в связи с частотой и выраженностью побочных эффектов [1].

Несмотря на то, что фармакологами достигнуты успехи в отношении терапии продуктивной психотической симптоматики, лечение таких полиморфных заболеваний, как шизофрения, требует более дифференцированного подхода, включающего не менее эффективное воздействие на негативные, аффективные и когнитивные расстройства [5].

Производные 1,2,4-триазола обладают широким видом фармакологической активности и высокой степенью безопасности, поэтому мы считаем этот класс соединений перспективным для поиска перспективных нейролептических средств.

Цель

Поиск биологически активных веществ с нейролептическим действием среди производных 1,2,4-триазола.

Материал и методы исследования

Опыты проводились на белых крысах линии Вистар массой 170–200 г. Определяли влияние производных 1,2,4-триазола и препарата сравнения на длительность сна вызванного действием этанола натрия в дозе 30 мг/кг. Учитывали время сохранения бокового положения (в минутах) после внутрибрюшного введения исследуемых веществ [5]. Исследуемые вещества вводили внутривенно в дозе 1/10 от ЛД₅₀ которую определяли заранее по методу Кербера. В качестве препарата сравнения использовали распространенный нейролептик — трифтазин [2].

Животные содержались на стандартном пищевом рационе при природном световом режиме «день-ночь». Исследования проводились на основе «Правил доклинической оценки безопасности фармакологических средств (GLP)».

Исследуемые вещества синтезированы на кафедре органической химии Запорожского государственного медицинского университета (таблица 1).

Сравнение средних величин проводили с помощью коэффициента Стьюдента. Результаты считали достоверными при $P < 0,05$ [4].