

ние время продолжительности заболевания СД в 1-й группе составило $14,75 \pm 5,9$ лет, во 2-й — $17 \pm 10,5$ лет. Характеристика групп пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Данные исследуемых пациентов

Группа	Количество мужчин	Количество женщин	Тип диабета		Средний возраст, лет	Средняя острота зрения	Средний уровень ВГД, мм рт. ст.
			I тип	II тип			
1-я	6	11	7	10	50 ± 14	$0,1 \pm 0,1$	$19,4 \pm 1,06$
2-я	11	9	4	16	$60,3 \pm 7,3$	$0,082 \pm 0,81$	$17,72 \pm 2,16$

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, тонометрию, офтальмоскопию на до и послеоперационном этапе.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов обеих групп осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Однако отмечено значительное облегчение течения оперативного вмешательства в группе пациентов, получавших на дооперационном этапе ИВВА. Введение Авастина в дозе 5 мг приводит к отслойке задней гиалоидной мембраны (ЗГМ), к распространенной облитерации новообразованных сосудов, представляющих собой интерфейс между ЗГМ и сетчаткой, что уменьшает кровотечение и облегчает отделение ЗГМ, а так же необходимость тампонады витреальной полости силиконовым маслом. Уровень внутриглазного давления после операции не превысил 1-я группа — 22 мм рт. ст., 2-я группа — 21 мм рт. ст., что соответствует норме. Динамика зрительных функций представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика зрительных функций на фоне проведенного лечения

Группа	Острота зрения		Δ	Средний койко-день
	до	после		
1-я	$0,1 \pm 0,1$	$0,12 \pm 0,139$	0,02	6,86
2-я	$0,082 \pm 0,081$	$0,086 \pm 0,079$	0,004	8,5

У пациентов 1-й группы получено улучшение остроты зрения в среднем на 0,02 в то время как пациенты 2-й группы улучшили остроту зрения только на 0,004 ($P < 0,05$). Применение ИВВА позволило сократить длительность пребывания пациента в стационаре на 1,64 койко-дня.

Выводы

1. VEGF-опосредованный ангиогенез является ведущим механизмом патологической неоваскуляризации сетчатки при ПДР. Анти-VEGF-терапия может рассматриваться как перспективный метод лечения данного осложнения.

2. Введение Авастина позволило сократить пребывание пациента в стационаре на 1,64 койко-дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангиогенезприпролиферативной диабетической ретинопатии: перспективы анти-VEGF-терапии / В. И. Коненков [и др.] // Офтальмохирургия. Офтальмология. — 2013. — № 4. — С. 111–115.
2. Коненков, В. И. Ангиогенез и васкулогенез при сахарном диабете: новые концепции патогенеза и лечения сосудистых осложнений / В. И. Коненков, В. В. Климонтов // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 17–27.
3. Шадричев, Ф. Е. Диабетическая ретинопатия (взгляд офтальмолога) / Ф. Е. Шадричев // Сахарный диабет. — 2008. — № 3. — С. 8–11.

УДК 616.367-003.7-089.85

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

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

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Холедохолитиаз, как осложнение, встречается у 8–23 % пациентов с желчекаменной болезнью. Частота резидуального холедохолитиаза варьирует от 0,5 до 20 %, а рецидивного —

до 6 %. В 80–85 % осложняющим течение холедохолитиаза является механическая желтуха, которая непосредственно ухудшает результаты лечения пациентов. Послеоперационная летальность пациентов, оперированных без предварительной билиарной декомпрессии, достигает 0,3–25,5 %. Причем, у пациентов старше 60 лет на каждое последующее десятилетие жизни существует прогноз увеличения летальности в 2–3 раза. В связи с этим, большую актуальность приобрели малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционно-анестезиологической агрессии. Многочисленные исследования ближайших и отдаленных результатов применения рентгеноэндоскопических лечебно-диагностических вмешательств указывают, что именно они являются «золотым стандартом» лечения холедохолитиаза. В последнее время все большей признательностью пользуется двухэтапный подход к лечению холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и гнойным холангитом, включающий декомпрессию желчевыводящих путей с помощью малоинвазивных способов лечения на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии.

Цель

Изучить эффективность эндоскопических методов лечения пациентов с холедохолитиазом в УГОКБ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопического лечения пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в 1 и 2 хирургическом отделении УГОКБ за период 2013–2015 гг. Общее количество пациентов составило 102 человека. Среди них 72 (70,6 %) пациента были женщины и 30 (29,4 %) — мужчины. Возраст пациентов находился в пределах от 24 до 93 лет, причем 65,7 % составляли пациенты старше 60 лет. Диагноз ставился на основании: клинико-anamnestических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), фистулография).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что из 102 пациентов у 23 (22,5 %) имелся изолированный холедохолитиаз, у 79 (77,5 %) — вторичный (сочетание холецистолитиаза с холедохолитиазом). Из 79 пациентов со вторичным холедохолитиазом у 8 (10,1 %) имелся острый калькулезный холецистит, у 71 (89,9 %) — хронический калькулезный холецистит. У 72 (70,5 %) пациентов холедохолитиаз сопровождался механической желтухой. ЭПСТ из 102 пациентов удалось выполнить 88 (86,3 %) пациентам. В 31 (35,2 %) случае эндоскопические вмешательства выполнялись как первый этап двухэтапного лечения холедохолитиаза, у 5 (5,7 %) пациентов выполняли ЭПСТ интраоперационно, у 7 (7,9 %) — послеоперационно. В 45 (51,1 %) случаях пациентам выполняли ЭПСТ как самостоятельный и окончательный метод лечения. Невозможность выполнить ЭПСТ связана с парапапиллярным дивертикулом (28,6 %), стриктурой холедоха 2 степени (28,6 %), аденомой БДС (28,1 %), операцией Бильрот 2 (7,4 %), стеноз БДС (7,3 %). Указанным пациентам были проведены классические открытые операции, включающие холедохолитотомию с наложением билиодигестивного анастомоза. Основными критериями эффективности ЭПСТ являлись: достоверное постоянное снижение уровня билирубина в крови относительно исходного показателя, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела. Осложнения ЭПСТ наблюдали в 5,6 % случаев: у 4 пациентов развилось кровотечение из папиллотомной раны, которое было остановлено эндоскопическим методом, в 1 случае образовалась парапапиллярная язва.

Вывод

Эффективность эндоскопических транспапиллярных методов лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом в УГОКБ, составила 81,1 %. Учитывая то, что основную группу пациентов с данной патологией составляют больные старше 60 лет (65,7 %), имеющие тяжелую сопутствующую патологию и высокую степень операционного риска при полостной операции, эндоскопические транспапиллярные методы лечения являются операцией выбора.

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-