

при лечении мексикором ИС уменьшился на 11 %, в то время как в группе сравнения индекс изменился лишь на 5 %.

В обеих группах в 1 сутки ИМ наблюдалось снижение скорости трансмитрального потока по пику E (V_e), незначительное увеличение скорости по пику A (V_a), что свидетельствует о наличии диастолической дисфункции левого желудочка. На фоне терапии мексикором достоверный прирост V_e наблюдался к 7 суткам ИМ (на 12,3 %), к 14 суткам — на 22,4 %, к выписке — на 23,8 %. В группе сравнения достоверный прирост V_e отмечался только на 14 сутки ИМ (на 13,1 %), к моменту выписки — на 18,7 %. Значение V_a в 1 сутки у больных обеих групп было незначительно увеличено в сравнении с нормой, однако в основной группе снижение скорости V_a было отмечено к 7 суткам на 23,2 %, после чего его значение стабилизировалось на достигнутом уровне, в то время как, достоверное снижение этого параметра в группе сравнения наступило позднее, к 14 суткам ИМ на 14 %. Отношение E/A также было ниже нормы в обеих группах с 1 суток ИМ. К 7 суткам ИМ наблюдалось достоверное увеличение отношения E/A в основной группе на 50,6 % и лишь к 14 суткам на 32,8 % — в группе сравнения. Вместе с тем, средняя скорость трансмитрального потока в ходе лечения между группами достоверно не изменялась.

Выводы

Терапия мексикором ускоряет нормализацию параметров трансмитрального потока, что свидетельствует о благоприятном воздействии мексикора на диастолическую дисфункцию миокарда ЛЖ. Мексикор способствовал сокращению зон акинезии и их переходу в состояние гипокинеза, а также частичному восстановлению сегментарной сократимости ЛЖ при остром ИМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков, Н. Н. Ишемическая болезнь сердца. Монография / Н. Н. Крюков, Е. Н. Николаевский, В. П. Поляков. — 2010. — С. 219–246.

УДК 616.71:616.379 – 008.64] – 002.3 – 089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОГО ОЧАГА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ ШАРКО

Дмитриенко А. А., Курек М. Ф., Музыкакина Е. П.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. В. Аничкин

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Малоизученным аспектом в гнойной хирургии остается лечение гнойно-некротических осложнений, возникающих на фоне диабетической остеоартропатии [1].

Цель

Оценить результаты лечения пациентов с гнойными осложнениями диабетической остеоартропатии Шарко.

Материалы и методы исследования

Мы проанализировали результаты лечения 31 пациента со стопой Шарко, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 3 г. Гомеля с 2011 по 2014 гг. У 14 из них (45 %) имели место гнойно-некротические осложнения, потребовавшие применения того или иного хирургического вмешательства. В комплекс обследования пациентов были вклю-

ченны: рентгенография стоп, микробиологическое исследование раневого отделяемого, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), гистологическое и бактериологическое исследование биоптатов костной ткани.

Результаты и обсуждение

В группе пациентов с гнойными осложнениями остеоартропатии у 7 (50 %) человек входными воротами для гнойной инфекции явилась трофическая язва, сформировавшаяся в проекции зоны костной деструкции. У 2 пациентов с хронической фазой остеоартропатии развилась флегмона мягких тканей стопы, которая была вскрыта традиционным способом, гнойный процесс купирован в течение 2 недель. Клинически и рентгенологически остеомиелит не выявлен. В одном случае у пациента развилась обширная флегмона стопы на фоне острой фазы стопы Шарко, когда исключить развитие вторичного остеомиелита в зоне деструкции не представлялось возможным лишь с использованием лучевых методов. Вскрытие и дренирование флегмоны произведено максимально щадящими разрезами, произведена иммобилизация стопы. Гистологическое исследование костной ткани из зоны костной деструкции не подтвердило остеомиелит. Гнойный процесс был купирован также в течение 2 недель.

У 2 пациентов с подострой фазой стопы Шарко имело место формирование длительно незаживающей глубокой трофической язвы, достигающей зоны костной деструкции стопы. В этих случаях потребовалась инцизионная биопсия кости, подтверждающая развитие вторичного остеомиелита. Была выполнена остеосеквестрэктомия, язвы зажили через 5 недель. Еще у 2 пациентов обширные длительно незаживающие трофические язвы сформировались в зоне деформации голеностопного сустава, вторичный остеомиелит в зоне гнойного поражения подтвержден гистологическим и бактериологическим методом. Учитывая выраженную деформацию конечности, отсутствие опорной функции конечности и невозможность протезирования в обоих случаях выполнена ампутация нижней конечности на уровне с/3 голени.

У 4 пациентов флегмона стопы развилась в острую фазу остеоартропатии на фоне обширного поражения средних отделов стопы и голеностопного сустава. В данном случае произошло вторичное инфицирование межтканевого выпота, возникшего из-за массивной костно-суставной деструкции. Санация гнойного очага осуществлялась щадящими разрезами, проточное дренирование не использовалось, производилась ранняя иммобилизация конечности ортезом. Гнойный процесс купирован, раны зажили через 3 недели.

Три пациента поступили в отделение с обширными раневыми дефектами, расположенными в проекции зоны костной деструкции средних отделов стопы (санация гнойного очага производилась в других стационарах). У одного из них развилась обширная гнилостно-некротическая флегмона стопы с гнойными затеками на уровне верхней трети голени, что потребовало высокой ампутации конечности. В одном случае была произведена остеосеквестрэктомия в зоне развития вторичного остеомиелита, заживление ран вторичным натяжением. У одного пациента обширный раневой дефект потребовал пластического закрытия свободным кожным лоскутом. Во всех приведенных случаях антибактериальная терапия осуществлялась согласно результатам проведенного микробиологического исследования.

Выводы

Решение проблемы гнойных осложнений стопы Шарко требуют применения комплекса обследований. Сопоставление клинических, инструментальных методов с результатами микробиологического и гистологического исследований позволяют выбрать верную стратегию лечения, а строго обоснованные и максимально щадящие оперативные вмешательства позволяют добиться наилучших результатов, сохранив, по возможности, анатомическую и функциональную целостность пораженной конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Management of the diabetic Charcot foot / R. G. Frykberg [et al.] // Diabetes-metabolism Research and Reviews. — 2000. — №1. — P. 59–65.

УДК 616.4

СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дмитрович Е. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Солнцева

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Избыточная масса тела и ожирение являются наиболее распространенной патологией у детей и подростков во многих странах мира. Отмечаемое в последние двадцатилетия увеличение распространенности детского ожирения позволяет рассматривать это заболевание в качестве неинфекционной эпидемии. Почти у 60 % взрослых ожирение, начавшись в детском или в подростковом возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию сердечно-сосудистых, обменных и других осложнений: артериальной гипертензии, сахарному диабету 2 типа, мышечноскелетным нарушениям.

Цель

Изучить перинатальные факторы риска, влияющие на возникновение и развитие ожирения у детей и подростков.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 327 детей и подростков от 10 до 18 лет. Для этого ретроспективным методом были проанализированы истории развития детей пубертатного возраста, находившиеся под наблюдением в амбулаторном эндокринологическом отделении учреждения здравоохранения «2 городская детская клиническая больница» г. Минска. Дети были разделены на две группы: 1 группа (исследовательская) — 158 детей, страдающих ожирением (средний возраст $14,6 \pm 2$ года, индекс массы тела $33,4 \pm 5$ кг/м²), 2 группа (контрольная) — 169 пациентов без признаков ожирения (средний возраст $12,6 \pm 2,2$ (p = 0,2); ИМТ $20,5 \pm 1,2$ кг/м² (p < 0,05)). Были проанализированы данные акушерского анамнеза (количество беременностей, родов, вид родоразрешения, а также патология беременности и родов), учтены гестационный возраст новорожденного, а также наличие семейного ожирения и курение родителей. Произведена оценка роста и массы тела при рождении (высокая и низкая масса тела при рождении для гестационного возраста были исключены из исследования). Результаты были обработаны с помощью программы SPSS 18.0.

Результаты исследования

В группе детей, страдающих ожирением, вес при рождении в среднем был $3,6 \pm 0,45$ кг, рост $52,1 \pm 2,9$ см, гестационный возраст — $37,3 \pm 8$ недель, в контрольной