

дражающего и слезоточивого газов, кожно-нарывных ОВ) [1, с. 709]. Лидером в применении ОВ была Германская империя, имеющая первоклассную химическую промышленность.

Заключение

Химическое оружие — это оружие массового поражения, которое погубило большие массы солдат и мирных граждан. По мимо этого, химическое оружие так же представляло экологическую опасность, примером чего могут служить земли, которые находятся в районе города Сморгонь. Белорусский город одним из первых испытал на себе мощь химического оружия, что стало причиной неплодородия отдельных участков почв и по сей день.

Таким образом, в нашей истории появилось химическое оружие, которое, подобно ядерному оружию, стало огромным шагом человечества в развитии науки с одной стороны, и одно из самых ярких проявлений жестокости человечества — с другой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горкин, А. П. Военный энциклопедический словарь: в 2 т. / А. П. Горкин, В. А. Золотарев, В. М. Карев. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2001. — Т. 1. — 847 с.
2. Антонов, Н. С. Химическое оружие на рубеже двух столетий / Н. С. Антонов. — М.: Изд. № 49478 А/О Издательская группа «Прогресс»119847, 1987. — 175 с.
3. Всемирная история артиллерии / Л. Н. Смирнова [и др.]. — М.: Вече, 2002. — 542 с.
4. Хмельков, С. А. Борьба за Осовец / С. А. Хмельков. — М.: Воениздат НКО СССР, 1939. — 96 с.

УДК 616.718-002.44-009.85-091-08

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сильвистрович В. И., Чернодирова Е. П., Казакова Д. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность изучения трофических язв объясняется неуклонным ростом частоты этого осложнения различных патологических состояний. От 600 тыс. до 2,5 млн людей в мире страдают хроническими трофическими язвами стоп и голеней. Малигнизация трофических язв отмечается в 1,6–3,5 % случаев.

Трофические язвы в значительной степени снижают все аспекты качества жизни пациентов и становятся причиной не только физических страданий, но и создают серьезные психологические проблемы. На боль, как основной симптом заболевания, жалуются 80 % пациентов. Установлено, что 74 % больных по этой причине страдают бессонницей. В связи с этим у пациентов прогрессирует синдром хронической усталости, сказывающийся на социальной активности. Около 90 % пациентов испытывают трудности с приемом душа и ванн, что сказывается на личной гигиене, а 78 % пациентов отмечают проблемы, возникающие с подбором удобной обуви.

Выявлено, что пациенты, страдающие трофическими язвами, испытывают непреодолимый страх повредить ногу во время игр с детьми (26 %), опасаются домашних животных (34 %), перестают контактировать с друзьями и коллегами по работе (27 %). Все это затрагивает психическую сферу, делая больных раздражительными и нелюдимыми [1, 2.]

Нарушение барьерной функции кожи, особенно у пациентов с сахарным диабетом, приводит к быстрой бактериальной контаминации раны, которая нередко приобретает генерализованный характер. Это увеличивает, в свою очередь, вероятность ампутаций с частичной или полной утратой трудоспособности.

При лечении трофических язв необходимо учитывать этиологию и патогенез их возникновения. Этиологическая частота трофических язв может быть представлена следующим образом: варикозные — 52 %, артериальные — 14 %; смешанные — 13 %, посттром-

бофлебитические — 7 %, посттравматические — 6 %, диабетические — 5 %, нейротрофические — 1 % и прочие — 2 %. [3]. Иммунологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом существенно влияют на течение раневого процесса, удлиняя обе его фазы, что требует более длительной предоперационной подготовки, а также увеличивает риск осложнений в раннем послеоперационном периоде (нагноение, лизис или отторжение аутодермотрансплантата). Ухудшение артериального кровообращения в нижних конечностях у пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом, замедляет процессы заживления язв, а зачастую делает невозможным процедуру закрытия дефекта.

Таким образом, учитывая влияние трофических язв на качество жизни пациента, трудности периоперационного ведения пациентов, изучение трофических язв в современной медицине остается актуальным.

Цель

Изучить этиопатогенетические особенности предоперационной подготовки пациентов, страдающих трофическими язвами.

Материал и методы исследования

Объектом нашего исследования явились 216 пациентов, страдающих трофическими язвами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 3 Гомельской городской клинической больницы № 3 в период с января по декабрь 2016 г. Проведен ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля. В исследовании учитывались следующие показатели: пол, возраст, длительность заболевания, этиология трофической язвы, особенности предоперационной подготовки, вид оперативного вмешательства, частота повторного обращения.

Исследование является пилотным, планируется продолжение работы.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту группа распределилась следующим образом: 15,2 % пациентов до 50 лет, 30,6 % — от 50 до 59 лет, 26,9 % — от 60 до 69 лет, 16,7 % — от 70 до 79 лет, 10,6 % — старше 80 лет. Из этого следует, что примерно в половине случаев трофическими язвами страдают пациенты трудоспособного возраста. Мужчины составили 118 (54,6 %) человек, женщины — 98 (45,4 %) человек. Была изучена давность заболевания, результаты следующие: более 36 пациентов (16,7%) страдали трофическими язвами более года, от 1 месяца до года — 105 (47,2 %) пациентов, у 78 (36,1 %) пациентов срок обращения составил до месяца с момента обнаружения язвы. При изучении анамнеза заболевания выяснилось следующее: у 23 (10,6 %) пациентов трофические язвы возникли после травмы, у 28 (12,9 %) — после оперативных вмешательств, на фоне сахарного диабета внезапно — 131 (60,6 %) пациент; пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) — 36 (16,6 %). У 22 (10 %) пациентов трофические язвы возникли на фоне патологии вен нижних конечностей.

Прооперирован по поводу трофических язв 71 (33 %) пациент.

Получены следующие результаты: АДП после некрэктомии выполнена 39 (55 %) пациентам, АДП на подготовленную рану с использованием мазевых повязок — 28 (39 %) пациентам. 10 (6 %) пациентов было подготовлено к закрытию язвы с использованием вакуумной терапии (ВАК). Согласно анализу полученных данных в течение 2016 г. ранние послеоперационные осложнения (лизис, отторжение трансплантата) развились у 25 пациентов (34,4 % прооперированных). Из них 1 пациенту выполнена экзартикуляция 1 пальца стопы, а в остальных случаях аутодермопластика выполнена повторно. Среди обратившихся повторно 14 (56 %) пациентов страдают сахарным диабетом. Из них: 2 (14,2 %) пациента готовились с использованием вакуумной терапии, 4 (28,5 %) пациентам — выполнялась некрэктомия перед аутодермопластикой, 8 (57,1 %) пациентам выполнялись перевязки с мазями перед операцией.

Выводы

Трофические язвы нижних конечностей отмечаются как у мужчин, так и у женщин с небольшим преобладанием среди мужского пола. Наблюдается распространенность трофических язв среди пациентов трудоспособного возраста, что говорит о социальной значи-

мости проблемы. Основной причиной образования трофических язв является сахарный диабет. У данной группы пациентов образованию язв не предшествовали травмы или оперативные вмешательства.

Наиболее частым способом закрытия язвенных дефектов является аутодермопластика, подготовка к которой осуществляется с одинаковой частотой как консервативно, так и оперативно.

Предоперационная подготовка раны с использованием мажевых повязок оказалась неэффективной и, особенно у пациентов с сахарным диабетом, завершилась отторжением лоскута.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hyland, M. Quality of life in leg ulcer patients: questionnaire and preliminary findings / M. Hyland, B. Ley, B. Thompson // J. Wound Care. — 1994. — № 3(6). — P. 103–105.
2. Roe, B. Patient's perceptions of chronic leg ulcerations / B. Roe, N. Cullum, C. Hamer // In book «Leg ulcers nursing management: a research-based guide» edited by N. Cullum, B. Rose. — London: Scutari Press, 1995. — 258 p.
3. Флебология: рук-тво для врачей / В. С. Савельев; под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.

УДК 796.012.412.4:616.12-008.331.1-053.9

ВОЗМОЖНОСТИ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сильчукова В. В.

Научный руководитель: *А. Н. Сергеенко*

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

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы в современном обществе приобрели характер пандемии и занимают первое место по смертности. Многие люди страдают гипертонической болезнью, сопровождающейся повышением артериального давления. Это заболевание прокладывает путь инфаркту, инсульту, от которых умирает каждый шестой житель планеты. Общеизвестна польза физических упражнений на сердечно-сосудистую систему. Однако у людей старшего и пожилого возраста имеются ограничения в занятиях физической культурой. Оздоровительная ходьба доступна всем вне зависимости от пола, возраста и состояния физической подготовленности. Она особенно полезна для людей старшего и пожилого возраста. Занятия могут проходить на открытом воздухе в любое время года. Скандинавская ходьба — это вид физической активности, в котором используется определенная методика занятий и техника ходьбы при помощи специально разработанных палок (нордики). Оптимальным считается проведение 2–3 прогулок в неделю в течение не менее 30 минут. Высокая актуальность тренировок обусловила дальнейшее использование метода в лечебной физкультуре и технике реабилитации людей с травмами позвоночника [1].

Цель

Изучить оздоровительное влияние скандинавской ходьбы в лечении гипертонии у людей старшего возраста.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Многочисленные исследования посвященные влиянию скандинавской ходьбы на лечение гипертонии проводимые в разных странах роднит то, что в качестве испытуемых брали тех, у кого среднее значение артериального давления составляло от 140/90 мм и выше и кто применяют лекарства от высокого артериального давления. Занятия проводились 3–4 раза в неделю в течение 30–40 минут. Они были построены таким образом, что испытуемые в ходе всей тренировки находились в аэробной зоне. Общим во всех этих исследованиях было то, что функциональные способности испытуемых оценивались по одним и тем