

ни не изменена. Микроскопически в зоне резекции сформировался слой рубцовой ткани. Воспалительная инфильтрация незначительная.

Во 2-й опытной группе к 7 суткам на аутопсии патологических изменений со стороны брюшной полости не выявлено. В области резекции отек, спаечный процесс (подпаян конгломерат, состоящий из желудка, петель кишечника и сальника). При морфологическом исследовании в зоне резекции выраженный слой грануляционной ткани с наличием обширного воспалительного полиморфноклеточного инфильтрата. В глубине ткани определяется обширная зона некроза с выраженной воспалительной инфильтрацией. К грануляционной ткани припаяна поджелудочная железа.

На 21-е сутки после резекции макроскопическая картина аналогична картине в более ранние сроки. Гистологически в зоне резекции присутствует грануляционная ткань. Выше линии резекции определяется грануляционная ткань с воспалением, ниже — некроз печеночной ткани с воспалительной инфильтрацией.

Результаты эксперимента показали, что локальный криогемостаз и диатермокоагуляция в короткие сроки оказывают гемостатический эффект. Однако сравнивая между собой результаты их воздействия на ткань печени после ее резекции, следует отметить, что морфогенез регенеративных процессов, происходящих в ней, имеет отличия: локальный криогемостаз вызывает менее выраженный повреждающий эффект паренхимы печени, малую степень выраженности спаечного и воспалительного процесса, способствует в более короткие сроки формированию рубцовой ткани.

Выводы

На основании полученных результатов, можно сделать выводы о том, что достижение гемостаза с помощью криоаппликаций является более эффективным методом, т. к. значительно в меньшей степени вызывает воспалительные изменения в тканях, в более ранние сроки приводит к формированию рубцовой ткани в месте остановки кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки / В. В. Александров [и др.] // Кубанский науч. мед. вестник. — 2013. — № 7. — С. 45–51.
2. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы: руководство / Альперович [и др.]. — Томск: Печ. мануфакт., 2006. — 231 с.
3. Комбинированный способ гемостаза при травме паренхиматозных органов / С. В. Багненко [и др.] // Анналы хир. гепатологии. — 2007. — Т. 12, № 3. — С. 247–248.
4. Хирургия печени: от истоков развития до современных возможностей / С. В. Перескоков [и др.] // Совр. проблемы науки и обр. — 2017. — № 5. — С. 32–34.

УДК 617.586:616.379-008.64(476.4-25)

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МОГИЛЁВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4»

Дорошко Е. Ю.

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

Введение

На симпозиуме ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987) синдром диабетической стопы был определен как патологическое состояние стопы при сахарном диабете, возникающее на фоне патологии периферических нервов и сосудов, характеризующееся поражением кожи и мягких тканей, костей и суставов, проявляющееся в виде трофических язв, костно-суставных изменений и гнойно-некротических процессов [1]. Около

85 % этих поражений составляют трофические язвы стоп [2]. Поражения стоп с последующей потерей нижних конечностей приводят к высокой инвалидизации. Диагноз синдрома диабетической стопы должен сниматься при ее заживлении посредством терапевтических или хирургических методов (после ампутации) [3]. Окончательные цифры распространенности синдрома диабетической стопы в настоящее время неизвестны. Тем не менее установлено, что у 15 % больных сахарным диабетом развиваются патологические изменения в стопах или голеностопном суставе [4].

Цель

Проанализировать структуру пациентов и сравнить формы синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования

Исследование синдрома диабетической стопы среди пациентов, страдающих сахарным диабетом типа 1 и 2, проведено на базе УЗ «Могилевская поликлиника № 4». Были включены все пациенты, находившиеся на лечении в хирургическом и эндокринологическом кабинетах в период с сентября 2018 по август 2019 гг. Таким образом, были охвачены все группы пациентов с деструктивными и недеструктивными формами синдрома диабетической стопы. Диагноз устанавливался на основании сбора жалоб (онемение, парестезии, дизестезии, судороги — характерные для диабетической полинейропатии) и анамнеза (наличия язв нижних конечностей, операций в прошлом, сопутствующего заболевания), осмотра пациентов, по данным медицинской документации (амбулаторные медицинские карты пациентов); проводилось измерение лодыжечно-плечевого индекса.

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 10.0». Оценка нормальности распределения количественных показателей проводилась с использованием критерия Шапиро — Уилка. Анализ различий в двух независимых группах по количественным показателям проводился с использованием критерия Манна — Уитни. Параметры описательной статистики в таблицах приведены в виде медианы и квартилей — Me (Q₁; Q₃). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$ [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Синдром диабетической стопы был выявлен у 72 человек (28 мужчин и 44 женщины). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1) с деструкцией — больные с наличием язвенного дефекта на момент осмотра и стопой Шарко; 2) недеструктивная форма — язва в анамнезе или непосредственный риск ее развития [2].

Было выявлено, что деструктивной формой страдают 38,9 % пациентов с синдромом диабетической стопы. Количество пациентов и их соотношение по форме синдрома диабетической стопы и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Число пациентов и их соотношение по форме и возрасту

Формы СДС	Количество пациентов	Возраст, лет Me (Q ₁ ; Q ₃)
Недеструктивная	44	68 (62; 71,5)
Деструктивная	28	68 (60,5; 72,5)

При сравнении среднего возраста пациентов с наличием язвенных дефектов и без них не было выявлено их достоверных различий ($p > 0,05$). Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Во время статистической обработки массива показателей лодыжечно-плечевого индекса пациентов с наличием язвенных дефектов и без них была выявлена интересная закономерность. Показатель лодыжечно-плечевого индекса (представлен в таблице 2) значительно меньше при деструктивной форме диабетической стопы ($p < 0,05$).

Таблица 2 — Показатель ЛПИ

Формы СДС	Показатель ЛПИ Me (Q ₁ ; Q ₃)
Недеструктивная	0,79 (0,74; 0,9)
Деструктивная	0,6 (0,51; 0,63)

Все осмотренные пациенты состоят на диспансерном учете у врача эндокринолога. Данные по инвалидности представлены в таблице 3.

Стоит отметить, что основной причиной инвалидности среди осмотренных пациентов стало не только поражение нижних конечностей при сахарном диабете, но и сочетанная патология других органов и систем (ИБС, ОНМК, поражение глаз, почек) — 28 пациентов.

Таблица 3 — Число пациентов, состоящих на учете по инвалидности

Группы инвалидности	Количество пациентов	%
1	3	4
2	24	33,3
3	12	16,7
Без инвалидности	33	54
Итого	72	100

Выводы

Проведенный мониторинг и статистический анализ исследуемых групп пациентов с синдромом диабетической стопы позволил выявить:

1. Отсутствует закономерность развития деструктивных форм синдрома диабетической стопы в зависимости от пола и возраста пациента.

2. Лодыжечно-плечевой индекс — это важный критерий определяющий сосудистый статус пациента. При деструктивных поражениях стоп показатель статистически достоверно меньше, чем при недеструктивных формах синдрома диабетической стопы.

3. 46 % больных с синдромом диабетической стопы находятся на инвалидности. 71 % из них имеет инвалидность по сопутствующим заболеваниям, отягчающим течение сахарного диабета и синдрома диабетической стопы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисляков, В. А. Синдром диабетической стопы: комплексный подход к лечению / В. А. Кисляков // Медицинское обозрение. — 2016. — № 12. — С. 768–770.
2. Распространенность синдрома диабетической стопы в ЗАТО Северск / К. М. Попов [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — Т. 26, № 4. — С. 114–116.
3. Эпидемиология синдрома диабетической стопы и ампутаций нижних конечностей в Российской Федерации по данным федерального регистра больных сахарным диабетом (2013–2016 гг.) / Г. Р. Галстян [и др.] // Сахарный диабет. — 2018. — Т. 21, № 3. — С. 170–177.
4. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация помощи больным с синдромом диабетической стопы на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры / Я. В. Гириш [и др.] // Сахарный диабет. — 2017. — Т. 20, № 2. — С. 99–107.
5. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб.-метод. пособие / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 16 с.

УДК 612.846:612.819.2]-053.5

ЗАВИСИМОСТЬ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕНСОМОТОРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК В ОРБИТЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дравица Л. В., Ларионова О. В.

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

Введение

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь в структуре общей заболеваемости детей патология органа зрения в последние годы занимает второе