

Выводы

СДС является одним из грозных осложнений СД у лиц пожилого возраста. У госпитализируемых пациентов, среди которых преимущественно мужчины с СД2, наиболее часто (82,6 %) отмечается нейроишемическая форма СДС. Нейропатическая форма СДС, требующая госпитализации, чаще отмечена у пациентов с СД1 (60 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Диабетическая нейропатия: Патогенез, диагностика, классификация, прогностическое значение, лечение / М. И. Балаболкин [и др.]. — М.: Экспертиза, 2015. — С. 110.
2. Белозерцева, Ю. П. Синдром диабетической стопы: этиология, патогенез, классификация и лечение / Ю. П. Белозерцева, П. П. Курлаев, В. А. Гриценко // Человек и его здоровье. — 2016. — № 1. — С. 69–78.

УДК 616.34-005.1-089-036.8

СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Гугешавили Г. Т., Коцуба В. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным литературы, частота развития кишечных кровотечений составляет 60 случаев на 100 тыс. населения. Несмотря на современные достижения в области хирургии, эндоскопии, реаниматологии летальность при острых кишечных кровотечениях остается высокой, составляя 10 %, а при рецидивах достигая 40–60 % [1]. Одна из главных причин высокой летальности — поздняя госпитализация пациентов. Так, при госпитализации пациентов до часа от начала кровотечения, смертность составляет 3 %, тогда как в случае госпитализации после 24 ч этот показатель увеличивается до 30 % [2].

Цель

Изучить нозологическую структуру и результаты хирургического лечения пациентов с заболеваниями, осложненными кишечными кровотечениями.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 51 пациента с заболеваниями, осложненными кишечными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях № 1 и № 2 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 01.01.2020 по 30.09.2020 гг.

Полученный в ходе исследования материал был обработан при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Статистическая обработка данных между различными выборочными совокупностями проводилась методом вариационной статистики Фишера-Стьюдента. Достоверность отличий лабораторных показателей до и после начала лечения оценивали с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона. Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По полу пациенты распределились следующим образом: 20 (39,3%) мужчин и 31 (60,7 %) женщина. Возраст был от 45 до 90 лет, среднее значение составило $72,5 \pm 9,8$ лет.

Дивертикулез ободочной кишки выявлен у 16 (31,4 %) пациентов, полипы — у 8 (15,6 %) пациентов, язвенный колит — у 5 (9,8 %). По одному наблюдению пришлось на эрозивный сигмоидит и рак сигмовидной кишки. Причину кишечного кровотечения не удалось установить у 20 (39,2 %) пациентов.

Первые признаки кровотечения в анамнезе до 1 суток отметил 21 (41,2 %) пациент, до 2 суток — 17 (33,3 %) пациентов, более 2 суток — 13 (25,5 %) пациентов.

Кровопотеря легкой степени была установлена у 19 (37,3 %) пациентов, средней у 25 (49 %) пациентов, тяжелой — у 7 (13,7 %) пациентов.

Основными жалобами при поступлении были общая слабость у 48 (94,1 %) пациентов, стул с кровью — у 51 (100 %) пациента, головокружение — у 3 (5,8 %) пациентов, боль в животе — у 8 (15,7 %) пациентов, тошнота — у 1 (1,9 %) пациента.

Объективно бледность кожных покровов отмечена у 23 (45 %) пациентов.

Выраженных расстройств гемодинамики выявлено не было, коллапсы у пациентов не отмечены. Среднее значение частоты сердечных сокращений (ЧСС) составило $92,4 \pm 15,1$ уд/мин, систолического артериального давления (САД) — $135,1 \pm 22,5$ мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД) — $84 \pm 13,4$ мм рт. ст. Следует отметить, что у 19 (37,2 %) пациентов сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия различной степени тяжести.

Выявлена достоверная разница по показателям ЧСС для среднетяжелой ($92,6 \pm 12,2$ уд/мин) и тяжелой ($103,6 \pm 7,1$ уд/мин) степеней кровопотери ($p < 0,05$). Достоверных отличий значений систолического и диастолического артериального давления при различных степенях кровопотери выявлено не было ($p > 0,05$).

Индекс Альговера в среднем был $0,7 \pm 0,1$ (min = 0,3 и max = 0,9), в том числе для легкой кровопотери значение было $0,6 \pm 0,2$, для средней — $0,7 \pm 0,1$, для тяжелой — $0,8 \pm 0,1$. При подсчете по формуле Мура средний объем кровопотери составил $984,2 \pm 639,5$ мл (min = 70мл и max = 2680 мл). По значению индекса Альговера выявлена достоверность отличий только для кровопотери тяжелой степени ($p < 0,05$).

Ректально осмотрены все пациенты. Патологические образования выявлены не были. На перчатке алая кровь обнаружена у 12 (23,5 %) пациентов, темно-вишневая — у 16 (31,4 %), в виде «малиновое желе» — у 23 (45,1 %).

Для оценки гематологических показателей и системы гемостаза изучены данные лабораторных исследований. Основные гематологические показатели при поступлении и при выписке представлены в таблице 1. Основные показатели системы гемостаза приведены в таблице 2.

Таблица 1 — Зависимость средних значений гематологических показателей от степени тяжести кровотечения

Степень тяжести кровопотери	Гемоглобин, г/л		Эритроциты (*10 ¹² /л)		Гематокрит (%)	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
Легкая (n = 19)	126,6 ± 14,2	127,8 ± 13,3	4,2 ± 0,7	4,3 ± 0,6	40,6 ± 2,6	40,7 ± 4,5
Средняя (n = 25)	108,2 ± 14,6	121,8 ± 9,2	3,6 ± 0,7	3,9 ± 0,4	34,5 ± 5,2	38,8 ± 4,3
Тяжелая (n = 7)	76,4 ± 9,8	100 ± 9,2	2,9 ± 0,6	3,6 ± 0,5	31,7 ± 5,2	35,5 ± 4,1
Все (n = 51)	110,7 ± 21,2	121,1 ± 13,9	3,7 ± 0,7	4 ± 0,5	35,4 ± 5,5	39,1 ± 4,5

Анемия отмечена у 32 (62,7 %) пациентов, снижение уровня гематокрита у 24 (47 %) пациентов.

Достоверность отличий лабораторных показателей до и после начала лечения были оценены с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона.

Содержание эритроцитов и показатели гематокрита при поступлении и при выписке достоверно отличались только при кровопотере средней степени тяжести, гемоглобина — при среднетяжелой и тяжелой ($p < 0,05$).

Гипокоагуляция по показателям активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) выявлена у 9 (17,6 %) пациентов, по тромбиновому времени (ТВ) — у 16 (31,4 %) пациентов, по протромбиновому индексу (ПТИ) — у 39 (76,5 %) пациентов. У 19 (37,3 %) пациентов отмечено повышение уровня фибриногена.

Таблица 2 — Зависимость средних значений показателей системы гемостаза от степени кровотечения

Степень тяжести кровопотери	АЧТВ (с)	ТВ (с)	ПТИ	Фибриноген (г/л)
Легкая (n = 19)	30,8 ± 5,8	11,9 ± 0,9	0,85 ± 0,1	4 ± 0,8
Средняя (n = 25)	32,1 ± 3,5	11,8 ± 0,7	0,86 ± 0,2	3,7 ± 0,9
Тяжелая (n = 7)	31 ± 6,6	12 ± 1,1	0,88 ± 0,1	3,3 ± 0,9
Все (n = 51)	31,5 ± 4,8	11,8 ± 0,9	0,8 ± 0,1	3,7 ± 0,8

Достоверных отличий для всех указанных показателей гемостаза по степеням кровопотери выявлено не было ($p > 0,05$).

Консервативное лечение проводилось согласно клиническим протоколам: вводились аминокaproновая кислота, транексамовая кислота, криопреципитат, этамзилат, викасол, растворы Рингера, натрия хлорида, глюкозы.

Переливание компонентов крови произведено 44 (86,3 %) пациентам. Свежезамороженная плазма переливалась 44 (86,3 %) пациентам, среднее количество — 918,5 ± 533,6 мл (min = 250, max = 2200). Эритроцитарная масса переливалась 34 (66,6 %) пациентам, среднее значение — 687,1 ± 469,1 мл (min = 200, max = 2529). Криопреципитат переливался 22 (43,1 %) пациентам, среднее значение — 6,4 ± 1,6 доз (min = 4, max = 8).

Консервативными мероприятиями гемостаз был достигнут у 26 (50,9 %) пациентов.

Эндоскопический гемостаз был выполнен у 14 (27,5 %) пациентов. У 8 (15,7 %) пациентов произведена эндоскопическая полипэктомия.

Оперативное лечение по срочным показаниям ввиду неэффективности консервативных и эндоскопических мероприятий потребовалось 3 пациентам с язвенным колитом, осложненным кровотечением (5,9 %). Во всех случаях была произведена резекция поперечно-ободочной кишки. Средняя продолжительность операции составила 115 ± 10 мин (min — 105, max — 125). Послеоперационные осложнения не зафиксированы. Рецидивы кровотечения в стационаре не отмечены.

Время пребывания в стационаре было от 5 до 25 дней, средний койко-день составил 11,5 ± 4,2 дней.

Согласно данным медицинских карт, с улучшением выписано 39 (76,5 %) пациентов, со стабильным состоянием — 12 (23,5 %) пациентов.

Летальных исходов не было.

Выводы

Отмечена поздняя обращаемость за медицинской помощью пациентов с кишечными кровотечениями — 58,8 % пациентов госпитализируются позже 24 ч от начала заболевания. В значительном числе случаев (39,2 %) причину кровотечений установить не удастся. У половины пациентов гемостаз удастся достигнуть только консервативными мероприятиями. Потребность в эндоскопическом гемостазе составляет 43,1 %, в оперативном лечении — 5,9 %.

Среди рутинных методов диагностики системы гемостаза наибольшей чувствительностью обладает протромбиновый индекс, выявляющий гипокоагуляцию у 76,5 % пациентов.

По цифровому значению индекса Альговера предполагать можно лишь тяжелую степень кровопотери.

Из основных клинических показателей наибольшей чувствительностью для диагностики среднетяжелой и тяжелой степеней кровопотери обладает частота сердечных сокращений ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вёрткин, А. Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А. Л. Вёрткин, К. А. Свешников. — Москва: «Э», 2017. — 560 с.
2. Котаев, А. Ю. Желудочно-кишечные кровотечения: учеб. пособие / А. Ю. Котаев. — М.: Феникс, 2015. — 240 с.

УДК 61.616-005.8

ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПОМОЩИ СТЕНТ-РЕТРИВЕРА

Дуксо В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. П. Василевский

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Одним из современных методов лечения ишемического инсульта (ИИ) в остром периоде является тромбэкстракция — эндоваскулярное вмешательство, в ходе которого производится механическое извлечение тромба из поврежденной мозговой артерии [1]. Методика позволяет достичь быстрой реканализации, поэтому ее «терапевтическое окно» при ИИ в каротидном бассейне достигает 8 ч. и превышает значения, установленные для внутривенной тромболитической терапии (ВТТ) (3–4,5 ч) [2].

Цель

Оценить эффективность лечения ишемического инсульта (ИИ) в остром периоде путем применения тромбэкстракции стент-ретривером из интракраниальных мозговых артерий.

Материал и методы исследования

На базе «Гродненской университетской клиники» в кабинете рентгенэндоваскулярной хирургии за 5 лет было прооперировано 19 пациентов с ИИ в остром периоде методом тромбэкстракции стент-ретривером. Пациенты поступали с обструкцией базилярной артерией, внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (М-1, М-2 и М-3 сегменты) и задней мозговой артерии. У 11 пациентов наблюдался атеротромботический подтип, а у остальных кардиоэмболический вариант.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты поступали с жалобами на общую слабость, головокружение, затруднение речи, нарушение чувствительности в конечностях, асимметрию лица. При неврологическом осмотре наблюдались сенсомоторная афазия, асимметрия носогубной складки, парез взора, патологический симптом Бабинского. У некоторых присутствовали парез, плегия и гипестезия конечностей, трудности выполнения координаторных проб, чувствительные расстройства. Пациенты поступали в возрасте от 37 до 78 лет, где наиболее часто встречающийся возраст 61–63 года. Из них 10 мужчин и 9 женщин. У всех обследованных в анамнезе имелась сопутствующая патология в виде артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), у 10 пациентов имелась фибрилляция предсердий, сахарный диабет II типа присутствовал у 2 пациентов, еще по