

Кроме того, имеется абсолютное показание к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией:

- наличие в биоптатах толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака. Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции явились:
- множественные хронические эрозии желудка (более 2);
- острое желудочное кровотечение из эрозии;
- наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);
- тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- отказ пациента от оперативного лечения.

**Б.В. Шимко, А.П. Сахарюк, Л.К. Решетникова, А.Б. Голова, А.И. Сушкова, А.С. Зюзько**

## **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ**

**ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ  
(Благовещенск)**

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

В последние 30 лет отмечается значительный рост заболеваемости сахарным диабетом, его распространенность составляет 5–6 %. Каждые 10–15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Большая социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к сосудистым осложнениям. Синдром диабетической стопы возникает у 80 % больных сахарным диабетом спустя 15–20 лет от начала заболевания и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих ног.

Целью исследования явилась оценка эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения и гипербарической оксигенации (ГБО), а так же их сочетание в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Всем пациентам проводили курс стандартной лекарственной терапии, включающей введение низкомолекулярных растворов, антикоагулянтов, ангиопротекторов, дезагрегантов, коррекции сахарного диабета. Низкоинтенсивное лазерное излучение проведено 65 больным, ГБО – 43 пациентам, низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО – 66 больным, контрольную группу составили 39 пациентов.

Низкоинтенсивное лазерное излучение выполняли внутривенным и надсосудистым способами. Для внутривенного облучения крови применяли отечественный лазерный аппарат «Муллат» НЦЛЦ «Техника» (Москва), обладающий монохроматическим когерентным излучением с длиной волны 630 нм и мощностью излучения на конце световода 2,5–3 мВт.

Сеансы проводили ежедневно в течение 15–20 минут, курс лечения 10–15 процедур. Одновременно проводили надсосудистое облучение магнитолазерным аппаратом Милта-Ф-8-01 (Москва) в инфракрасном спектре действия. Мощность излучения 110 мВт, частота следования импульсов 150 Гц, продолжительность сеанса 20 минут. Регистрацию микроциркуляции до и после лечения выполняли на аппарате ЛАКК-2 (Москва). Сеансы ГБО проводили ежедневно в барокамере «Енисей-3» при давлении 1,3–1,5 атм. с экспозицией 50–60 минут.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Исследование основано на опыте лечения 213 пациентов, находившихся в хирургической клинике Амурской государственной медицинской академии.

В исследуемой группе проведен анализ показателей глюкозы, свертывающей системы, липидного спектра крови, состояния регионарной гемодинамики конечности, эффективности лечения с определением экономического эффекта. Во всех оставшихся группах пациентов, по сравнению с контрольной, выявлены значительные корригирующие эффекты сахарного диабета, улучшение показателей коагуляции и липидного спектра крови. Наибольшая эффективность отмечена у пациентов, которым проводилось низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с ГБО в комплексном лечении синдрома диабетической стопы способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов и может эффективно применяться при данной патологии.