

Сравнительные значения критериев у оперированных больных при травме органов грудной клетки ($M \pm m$)

Критерии	VATS (n=12)	Торакотомия (n=39)
Дооперационная кровопотеря (мл)	1361,32±118,36	1454,16±275,98
Интраоперационная кровопотеря (мл)	196,11±99,48	416,66±48,75
Время операции (мин)	85,83±18,36	96,25±9,73
Длительность послеоперационной интубации (час)	5,93±2,16	14,25±4,23
Время нахождения в ИТАР (час)	19,83±7,47	38,83±5,63
Длительность воздухоистечения (час)	12,83±5,97	9,29±3,83
Длительность экссудации (час)	107,33±22,21	88,0±8,84
Длительность дренирования (час)	133,33±24,41	116,0±9,74
Длительность послеоперационного койко-дня	9,28±2,45	16,65±2,98

Минидоступ при проникающих ранениях грудной клетки целесообразно выполнять в проекции раны, что чаще соответствует одной из ран после хирургической обработки или в 5 межреберье. При закрытой травме органов грудной клетки локализация минидоступа должна быть равно удалена от поврежденных ребер, не открывать линии переломов во избежание инфицирования и развития гнойных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахпателов А.Э. Разработка оптимальной хирургической тактики с использованием миниинвазивных операций при травме грудной клетки, спонтанном пневмотораксе и эмпиеме плевры / Автореф. дис... канд. мед. наук. – Тюмень, 2003.
2. Гарипов Р.М., Плечев В.В., Авзалетдинов А.М. и др. // Эндоскопич. хир. – 2005. – №1. – С. 34.
3. Колос А. И., Такабаев А. К. // Эндоскопич. хир. – 2005. – № 1. – С. 70.
4. Szwerc M.F., Landreneau R.J., Santos R.S. et al. // Ann. Thorac. Surg. — 2004. – V.77. – P.1904-1910.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Древаль, И.В. Мисникова, И.В. Бахарев
МОНИКИ им. Владимирского

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из самых тяжелых поздних осложнений сахарного диабета (СД), так как резко повышает риск гангрены и ампутации нижних конечностей.

Ампутации нижних конечностей приводят к инвалидизации больных сахарным диабетом и значительно повышают риск преждевременной смерти. Вследствие этого выявление, регистрация, мониторингирование и лечение осложнений сахарного диабета, способствующих развитию синдрома диабетической стопы, является актуальной проблемой современной диабетологии. Анализ Регистра сахарного диабета Московской области позволяет проследить некоторые тенденции в

развитии хронических осложнений сахарного диабета, в частности, СДС, а также инвалидизации и смертности в результате этого осложнения.

Московская область является самостоятельным субъектом федерации, на территории ее проживает почти 6,5 млн. человек. Регистр сахарного диабета в МО впервые был создан в 2003 году и является частью Государственного регистра России. Ежегодно данные о каждом больном из амбулаторной карты эндокринологом или терапевтом заносятся в первичную карту регистрации и наблюдения. Затем информация переносится операторами в компьютерную программу «Государственный регистр сахарного диабета», после чего поступает в единый информационный центр Московской области. В регистре СД МО за 2004 г. содержатся данные на 126 215 больных, проживающих на территории и наблюдающихся во всех поликлинических лечебных учреждениях МО. Ежегодно эти сведения обновляются.

Первичная карта регистрации и наблюдения содержит информацию о длительности диабета, характере лечения, осложнениях СД, в том числе и о синдроме диабетической стопы. В данной статье приводится анализ данных о распространенности синдрома диабетической стопы, высоких и низких ампутаций нижних конечностей вследствие диабета, по данным регистра СД МО за 2004 г.

На каждого больного с СДС в Регистр СД заносится информация о стадии СДС (нейропатическая, ишемическая, нейроишемическая), сведения о наличии язвенных дефектов и объёме оперативных пособий (ампутации в пределах стопы и высокие ампутации).

Всего в 2004 г. в Московской области зарегистрировано 7346 больных с СДС, что составляет 5,88% от общего числа больных СД. У больных СД1 распространенность СДС составила 11,22%, у больных с СД2 – 5,58%.

Распространённость СДС при СД1 у мужчин и женщин отличается в одинаковых возрастных группах на 2-3% без чёткой закономерности. Только в возрастной группе старше 65 лет у мужчин наблюдается всплеск заболеваемости, что, по-видимому, связано с сочетанием диабета и других общесоматических заболеваний. У женщин в возрастных группах старше 40 лет распространённость СДС колеблется на уровне 12-14%. При анализе оперативной активности у мужчин больных с СД1 в группе до 30 лет оперативных вмешательств не зафиксировано, у женщин – нет ампутаций до 25 лет. У мужчин после 30 лет наблюдается нарастание числа оперативных пособий: малых ампутаций с 0,64% до 5,88% в группе старше 75 лет, высокие ампутации наиболее часто выполняются у пациентов 60-64 лет – 5,74%. У женщин оперативная активность в пределах стопы наблюдается с 25-летнего возраста — 0,52%, и не превышает 1,7% в возрастных группах 40-44 и 70-74 года. Уровень высоких ампутаций у женщин также невысок: от 0,26% в возрасте 25-29 лет до 1,68% в возрасте 70-74 лет с повышением до 3,17% в группе 60-64 лет.

Наличие СДС при СД2, как у мужчин, так и у женщин в возрастных группах до 25 лет не установлено, что может быть объяснено небольшим стажем заболевания на момент скрининга и лёгкой формой СД. Начиная с возраста 25 лет, прослеживается постоянное нарастание встречаемости СДС, как у мужчин (0,81%-6,66%), так и у женщин (0,83-5,89%), без чётких различий в одинаковых возрастных группах. Оперативное лечение у мужчин с СД2 проводится с 35 лет (0,38%) и не превышает 0,81% в группе 55-58 лет. Высокие ампутации проводятся у мужчин старше 40 лет (0,13%) и достигают максимума (1,52%) в группе 70-74 лет. У женщин

оперативное лечение начинается в возрастных группах 45 лет (0,09%), то есть на 5 лет позже, достигая максимума в группе 65-69 лет – 0,41%, высокие ампутации проводятся с 40 лет – 0,24%, с максимумом в 75-79 лет – 0,68%.

Как видно из таблицы, у мужчин с СД СДС развивается на год раньше, чем у женщин. Обращает на себя внимание также тот факт, что у больных с СД2 осложнения развиваются почти на 4-5 лет раньше, чем у больных с СД1. Это объясняется наличием общесоматических заболеваний в пожилом возрасте и снижением резервных возможностей организма.

Среднее время развития СДС от начала заболевания СД у взрослых больных с учетом типа СД и пола

Пол	2003 г.		2004 г.	
	СД1	СД2	СД1	СД2
Мужской	12.12±0.55	7.40±0.23	12.41±0.50	7.17±0.20
Женский	3.82±0.61	8.53±0.12	13.62±0.53	8.54±0.11
Всего	12.91±0.41	8.27±0.11	13.00±0.36	8.23±0.10

Распространённость СДС и количества ампутаций напрямую зависит от продолжительности заболевания у больных с СД 1 типа. Так, у больных со стажем заболевания менее 5 лет СДС выявлялся в 2,93% случаев, малые ампутации проведены в 0,43%, высокие – в 0,21%. Однако при стаже заболевания 15 и более лет СДС выявлялся уже в 16,7%, малые ампутации – в 1,67%, высокие – в 1,91% случаев. Т.е. имеется явный рост в 5,7, 3,9 и 9 раз. Следует отметить, что с увеличением продолжительности заболевания ампутации у мужчин проводятся чаще, чем у женщин почти в 2 раза.

Аналогичная ситуация и в группе больных с СД2. Так, у больных со стажем заболевания менее 5 лет СДС выявлялся в 1,84% случаев, малые ампутации проведены в 0,18% случаев, высокие – в 0,27%. А при стаже заболевания 15 и более лет СДС выявляется в 10,58%, малые ампутации – в 0,81%, высокие – в 1,56% случаев. И здесь имеется явный рост в 5,8, 4,5 и 5,8 раз.

Среди непосредственных причин смерти у больных СД1 СДС занимает 7 место, у больных СД2 – 6 место. Среди больных с СД1 от гангрены умерло 4 человека, у больных с СД2 – 76 человек. Однако, этот % можно снизить, своевременно проводя плановую диспансеризацию больных, формируя группы повышенного риска и осуществляя превентивные мероприятия.

При анализе смертности больных с СД1 от СДС по возрастным группам выявлено, что максимальная летальность наблюдается у мужчин в возрастной группе 45-49 лет (7,14%) и 50-54 лет (9%). В этом возрасте стаж заболевания, как правило, более 10 лет, и имеются многочисленные поздние осложнения. У женщин аналогичные показатели в группе 65-69 лет 10% и старше 80 лет 33%.

В группе больных СД2 у мужчин летальность от гангрены колеблется от 1,6 до 3% в возрастных группах 55-79 лет, у женщин – от 0,68 до 5,13% в возрастных группах от 50 лет и старше, с максимумом в группе 60-64 лет. Небольшой процент летальности у мужчин связан с естественной убылью населения, а также наличием других поздних осложнений, приводящих к летальному исходу.

Выводы.

1. У больных с СД1 распространённость синдрома диабетической стопы в 2 раза выше, чем у больных с СД2.
2. С момента развития СД до проявления поздних осложнений у больных с СД2 проходит на 5 лет меньше, чем у больных с СД1.
3. Риск ампутаций значительно возрастает у больных после 40 лет с СД1 и после 65 лет у больных СД2.
4. Динамический анализ данных регистра позволяет формировать группы повышенного риска образования язв у больных с СД и избирательно планировать проведение программ по предупреждению развития инвалидизирующих и летальных осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.А. Иванов, К.В. Бобров, А.Е. Денисов, Н.С. Малюга, О.А. Кравчук

РУДН

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени и поджелудочной железы иногда выявляются объемные образования, которые однозначно интерпретировать не представляется возможным [2]. Среди объемных образований печени следует выделить гемангиомы, аденомы, первичный рак и метастатическое поражение печени. Объемными образованиями в поджелудочной железе, вызывающими существенные трудности в дифференциальной диагностике, являются псевдотуморозный панкреатит и опухоль поджелудочной железы [5].

Жидкостные образования (ЖО) брюшной полости могут быть следствием заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, травм органов брюшной полости, гинекологических заболеваний, операций на желудке и кишечнике. Нередко они становятся основным фактором, утяжеляющим течение основного заболевания, удлиняющим сроки лечения, и зачастую являются основной причиной неблагоприятных исходов [1, 4, 10]. В неотложной абдоминальной хирургии число внутрибрюшных осложнений, проявляющихся формированием ЖО и требующих повторного вмешательства, колеблется от 0,5 до 6,4%, а после продолжительных и сложных операций оно достигает 12,0-27,5% [26]. При этом от 10,0 до 12,0% всех послеоперационных осложнений приходится на абсцессы брюшной полости [7, 9], летальность при которых достигает 13,7-24,0%, а эффективность хирургического лечения составляет 60,0% [3, 8].

Большое количество ЖО, возникающих при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и после операций, значительный процент неудовлетворительных результатов при повторных хирургических вмешательствах по поводу гнойников брюшной полости, высокая летальность заставляют исследователей активно вести поиск способов их ранней диагностики, а также методов безопасного и эффективного воздействия.

В хирургической клинике РУДН с 1991 по 2005 гг. наблюдались 417 пациентов, которым было проведено 509 малоинвазивных диагностических или лечебных вмешательств, из них пункционная биопсия печени у 26 (5,1%) больных и пункционная биопсия поджелудочной железы у 22 (4,3%) пациентов. При УЗИ ЖО брюшной полости или забрюшинного пространства были выявлены у 369 (88,5%) пациентов.