

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЯЗВ И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Астраханская государственная медицинская академия, Россия, vakislakov@mail.ru

Цель: Совершенствование результатов лечения пациентов с рецидивами язв и гнойно – некротических осложнений (РЯГНО) СДС.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения пациентов в 2000-2004 г.г. – группа сравнения и 2005-2009г.г. – исследуемая группа. 150 пациентов в группе сравнения: в возрасте до 45 лет – 10 (6,6%), 45 – 60 лет – 50 (33,7%), 60 - 74 лет – 90 (59,7%), Мужчин - 25 (16,7%), женщин – 125 (83,3%). Длительность сахарного диабета (СД) в 128 (85,1%) случаев - более 10 лет, 22 менее 10 лет – (14,9%). С нейропатической формой СДС (НПСДС) – 71 (47%) и СД 1 – 12 (16,6%), СД 2 – 59 (83,4%). С нейроишемической формой СДС (НИСДС) – 79(53%), СД 1 – 3(3,8%), СД 2 – 76 (96,2%). Характеристика 139 пациентов в исследуемой группе: в возрасте до 45 лет – 4 (2,9%), 45 – 60 лет – 62(44,6%), 60 - 74 лет – 73 (52,5%). Мужчин - 12 (8,6%), женщин – 127 (91,4%). Длительность заболевания в 120 (86,1%) случаев - более 10 лет, менее 10 лет – 31(23,1%). НПСДС – 45 (32%) и СД 1 – 6(13,3%), СД 2 – 39 (86,7%). НИСДС – 94(68%), СД 1 – 2(2,2%), СД 2 – 92(97,8%).

Результаты и обсуждение: В исследуемой группе РЯГНО НПСДС больше органосохраняющих операций на 19,3%, при снижении высоких ампутаций на 7,8%; и с РЯГНО НИСДС - рост органосохраняющих операций на 7,3%, при снижении высоких ампутаций на 16,5%. Сравнение послеоперационной летальности показывает снижение в основной группе, с НПСДС на 3,1% и с НИСДС на 3,4%. Консервативные методы лечения являются составной частью комплексного подхода. Перед хирургическим вмешательством уровня сахара находился в пределах «хирургической зоны» между 100-180 мг/% (5,5 - 10,0 ммоль /л). В качестве антибактериальной терапии применяли следующие препараты - для монотерапии: имипенем/целастин, меропенем, пиперациллин + тазобактам, тикарциллин/клавуланат. В режиме комбинированной терапии — фторхинолоны или цефалоспорины III, IV поколения, клиндамицин; аминогликозид (нетилмецин). Если у больного было невозможно применение аминогликозидов (при наличии клиники нефропатии), то применяют азтреонам и клиндамицин. Актювегин применяли по 800 мг в день внутривенно капельно в течение 10 дней либо 400 мг (2 драже) 3 раза в день в течение 30 дней. Дезагрегантная и антикоагулянтная терапия осуществлялась с применением гепариноидов – суодексид и ломопоран. Из таблетированных форм тиклид, ибустрин, плавикс (клопидогрель). Низкомолекулярные гепарины (фрагмин, клексан, фраксипарин) применяли из расчета на пациента с массой тела 50–60 кг в количестве

5000 анти-Ха ед. за 2–4 ч до операции подкожно с продолжением курса в течение 10–12 дней послеоперационного периода. Использовали вазопростан: на курс лечения 10 - 20 внутривенных инфузий препарата. Базовая лечение включало эфферентную терапию. Для коррекции цитокинового дисбаланса - применяли полиоксидоний по схеме: 6 мг в/в №3 и в последующие дни в/м №7.

В местном медикаментозном лечении применяли высокотехнологичные липидоколлоидные повязки типа Urgosorb, Cellosorb Ag, позволяющие сократить как сроки подготовки ран к пластическому закрытию, так и сроки лечения на 7-10 суток. В местном лечении использовали ультразвуковую кавитацию аппаратом УРСК-7Н-22. УЗК проводили при резонансной частоте 25,9 кГц, мощности 2 Вт/см² и амплитуде колебаний 0,05 мм, начиная с хирургической обработки гнойно-некротического очага.

В случае НИСДС и ишемии применяли непрямую реваскуляризацию – РОТ (заявка №2009102225(002815) приоритет от 23.01.2009 г.). С целью обеспечения регионарной анестезии и медикаментозной терапии выполнялось внутрикостное введение препаратов.

Выводы: РЯГНО СДС являются новой актуальной проблемой в хирургии СДС. Важным является то, что есть возможность сохранения стопы, части стопы или хотя бы опорной функции конечности. Разработанный комплекс хирургического лечения позволил сохранить опорную функцию стопы, снизить количество высоких ампутаций и послеоперационную летальность.

*Коровина К. В., Цымбалюк И. Н., Смирнова А.В.,
Багаутдинов Ш.М., Смолянинов А.Б.*

ОРГАНИЗАЦИЯ КРИОХРАНЕНИЯ ОБРАЗЦОВ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО РЕГИСТРА ДОНОРОВ

Санкт-Петербургский Государственный университет, Медицинский факультет, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, НИЛ крови и тканей МО РФ, НИЛ клеточных технологий Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, ООО «Покровский банк стволовых клеток», Санкт-Петербург, Россия, stemcellbank@inbox.ru

Цель исследования: Использование пуповинной крови как альтернативного источника гемопоэтических стволовых клеток для лечения ряда заболеваний получает сегодня всё большее распространение. Для максимально успешного применения стволовых клеток пуповинной крови (СК ПК) при трансплантации необходимо, чтобы образец СК ПК отвечал определенным требованиям к качеству. Одним из ключевых этапов заготовки СК ПК является криоконсервирование. Разработка стандартных процедур по сбору, выделению, оценке, криоконсервированию и хранению стволовых клеток пуповинной крови в банке пупо-