

длительность заболевания определяет большую частоту осложнений со стороны стоп, несколько чаще развитие синдрома диабетической стопы имеет место у женщин, больных сахарным диабетом 2 типа. Нередко развитию синдрома предшествуют травма стопы, растяжение сухожилий, образование мозоли с последующим ее изъязвлением, перелом нижней трети голени (при поражении голеностопного сустава).

ВЫВОДЫ

СДС представляет собой терминальную стадию развития таких поздних осложнений СД, как нейропатия и снижение магистрального кровотока в н/к (макроангиопатия). Нет сомнения в том, что данное осложнение является одним из самых тяжелых с медико-социальной и экономической точек зрения [4]. В результате проведенного анализа видно, что доля ампутации с/3 бедра с каждым годом снижается (рис. 1.).

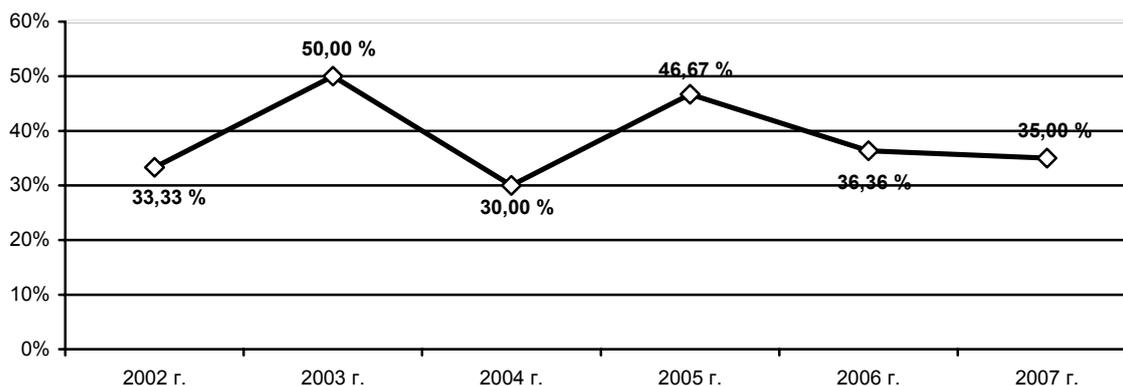


Рис. 1. Доля ампутации с/3 бедра.

Меры по уменьшению доли ампутаций:

1. Улучшение консервативного лечения (новые препараты, повышение квалификации персонала).
2. Раннее выявление СДС.
3. Проведение первичных профилактических мероприятий СДС (роль стационарного лечения).

Перечень мероприятий для дальнейшей профилактики ампутаций н/к:

1. Скрининг риска развития СДС.
2. Санитарно-просветительские работы с пациентами по причинам возникновения поздних осложнений СД.
3. Использование дополнительных методов лечения СДС (санаторно-курортное лечение Аршан).

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов И.Н. Диагностические критерии в выборе метода оперативного лечения больных сахарным диабетом с гангреной пальцев стопы / И.Н. Астахов // Вестник хирургии. — 2002. — Т. 161, № 2. — С. 57 — 61.
2. Астахов И.Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическими поражениями стоп / И.Н. Астахов // Хирургия. — 2001. — № 12. — С. 34 — 37.
3. Дедов И.И. Эндокринология: Учебник / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. — М., 2000. — С. 500 — 508.
4. Система профилактики ампутации нижних конечностей у больных СД и перспективы ее внедрения в Москве / М.Б. Анциферов, Е.Ю. Комелягина, А.К. Волковой и др. // Проблемы эндокринологии. — Москва, 2007. — Т. 53, № 5. — С. 8 — 12.

А.В. Тыхеренова, В.Е. Хитрихеев, М.И. Бальхаев, Н.Х. Ханхараев

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ ЗА 2001–2007 ГГ., ПО ДАННЫМ II ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БУРЯТСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСERA

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Цель исследования — анализ ранних и отдаленных результатов лечения очаговых поражений печени за 2001 — 2007 гг. по данным II хирургического отделения БРОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения очаговых поражений печени по данным П хирургического отделения БРОД за период с 2001 по 2007 гг. Всего было выполнено 47 оперативных вмешательств на печени по поводу ее очаговых поражений. Из них 26 — с использованием конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы. Мужчин было 21 (44,7 %) человек, женщин — 26 (55,3 %), средний возраст — $53,4 \pm 9,24$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Резекция печени с использованием конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы была выполнена по поводу доброкачественных новообразований, первичного рака печени, кист и метастазов опухолей другой локализации. Использование данного способа резекции печени приводит к уменьшению объема интраоперационной кровопотери (37,6 %), в отличие от традиционных методов оперативных вмешательств (Хитрихеев В.Е., Ханхараев Н.Х., 2006).

Из 26 случаев резекции печени при применении данного метода осложнения различного характера в раннем послеоперационном периоде развились в 5 случаях (16,6 %). Летальный исход в раннем послеоперационном периоде развился в одном случае (3,3 %) в результате развития острой печеночно-почечной недостаточности. Пациент был прооперирован по поводу первичного рака печени на фоне цирроза.

Пятилетняя выживаемость больных (расчет по E. Kaplan и P. Meier, прослеженность — 100 %), имевших доброкачественные новообразования и кисты печени, составила 100 % ($n = 6$ и $n = 2$, соответственно). Однолетняя выживаемость при первичном раке печени составила 66,6 %, в целом наши данные соответствуют литературным.

В остальных случаях (21) выживаемость в зависимости от размера и характера поражения печеночной паренхимы и объема проведенного хирургического лечения соответствует данным литературы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резекция печени с применением конструкции из сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. На отдаленные результаты использование данного метода влияния не оказывает. Предлагаемый способ резекции печени может широко применяться в хирургических учреждениях, т.к. является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.

В.А. Фигурнов, Д.А. Оразлиев, Е.В. Фигурнова, Г.В. Реснянская, Д.В. Чернов, А.В. Фигурнов

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕТЕРОГЕННОЙ ПАСТЫ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН

*ГОУ ВПО «Амурская Государственная Медицинская Академия Минздравсоцразвития России»
(Благовещенск)*

ОГУЗ «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» (Благовещенск)

Несмотря на многочисленные и многолетние исследования, проблема заживления посттравматических ран остается актуальной до сих пор. Несмотря на появление современных препаратов, мазей, биологических и органических пленок, методов экстракорпорального воздействия на организм, посттравматические кожные язвы длительно сохраняются открытыми, особенно если это сочетается с массивным дефектом ткани и присоединения инфекции.

Нами сделана первая попытка разработать новое направление в лечении кожных язв с использованием свернувшейся крови животных. Подобный подход основан на исследованиях сгустка крови, проведенных и в настоящее время продолжающихся на кафедре инфекционных болезней и гистологии АГМА. Эти исследования позволили выявить основные и дополнительные части сгустка крови, которые могут быть использованы для получения лекарственных препаратов. К настоящему времени сотрудниками кафедр получены патенты на получения из крови доноров и животных нативного фибринового порошка, нативной фибриновой пленки и фибриновой пасты. Порошок и паста содержат только фибрин сгустка крови без всяких добавок, а фибриновая паста делается с добавлением только одного вещества, который улетучивается в процессе подсыхания.

В настоящем сообщении приводится описание трех случаев посттравматической кожной язвы, где для их заживления предпринята первая попытка использования фибриновой пасты. Среди больных было двое мужчин 39 — 42 лет и женщина в возрасте 45 лет. У мужчины 42 лет была обширная язва на правой ягодице размером 20×20 см, возникшая после отморожения ткани. У другого мужчины в возрасте 34 лет язва размером 10×8 см, полученная в результате травмы, была на передней поверхности 1/3 правой