

В сроки от трёх до четырёх месяцев после ангиопластики были выполнены 1 ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра и 1 ампутация на границе верхней и средней трети голени в связи с прогрессированием гангрены.

Выводы.

1. Эндоваскулярное лечение артерий нижних конечностей у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы является безопасным и эффективным методом, позволяющим добиться заживления ран стопы, сохранить опорную функцию конечности путём проведения экономных резекций и некрэктоми.

2. Снижение процента больших ампутаций нижних конечностей и улучшение качества жизни больных этой категории.

3. Применение эндоваскулярных вмешательств в комплексном лечении расширяет границы спектра оперативных вмешательств у пациентов «высокого риска», какими являются больные с гнойно-некротическими осложнениями СДС.

4. Эндоваскулярные процедуры имеют непосредственный технический успех в большинстве случаев. Низкое число послеоперационных осложнений и малотравматичность операции дают возможность проведения повторного вмешательства и снизить процент высоких ампутаций.

Литература

1. Галстян Г.Р. // Новый медицинский журнал. 1998, №3. С. 21–23.
2. Ахунбаев М. И., Калинин А. П., Рафибеков Д. С. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей и диабетическая стопа. Бишкек, 1997.
3. Международная рабочая группа по диабетической стопе. Международное соглашение по диабетической стопе. М., 2000.
4. Дедов И. И. и др. Синдром диабетической стопы. М., 2003.
5. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. // Сахарный диабет. 2000, № 3. С. 56–58.
6. Семитко С.П., Ярошук А.С., Цигельников С.А., Арабаджян И.С., Костянов И.Ю., Иселиани Д.Г. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. Т.10, № 3. С. 125–128.
7. Ольшанский М.С., Есипенко В.В., Иванов А.А., Мошуров И.П., Казанский Д.В. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2007. Т.13, № 2. С. 42–44.

APPLICATION OF ENDOVASCULAR INTERVENTIONS IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME NECROTIC SUPPURATIVE COMPLICATION

Y.N. ALIMKINA, I.P. MOSHUROV, I.V. MUZALKOV, Y.A. PARKHISENKO, P.V. SARYCHEV

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko, Russia
Surgery Department

A great number of primary amputations with a higher rate of postoperative lethality as well as unsatisfactory results of the operations, preserving lower quality of surgical treatment, determine the necessity of profound development of complex tactics in concerning the patients suffering from necrotic suppurative foot affection due to diabetes mellitus and the search of new methods of prevention of the continuous necrosis development in wounds. Endovascular treatment of the lower located leg arteries of the patients with necrotic suppurative ulcers, being complications as the result of the diabetic foot syndrome, is a safe and effective method permitting to achieve wound healing, to preserve the extremity and its function by means of performing economic resections and necrectomy.

Key words: diabetes mellitus, necrectomy, endovascular treatment.

УДК: 616.831-08:612.184

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИХ КЛИПИРОВАНИЮ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

А.В.АФАНАСЬЕВ, А.И.БОРОДУЛИН, А.В.ГЛУЩЕНКО,
В.М. ЛАНЕЦКАЯ, Р.В.ЛАПТИЕВ, И.В. МУЗАЛЬКОВ, П.В.САРЫЧЕВ,
И.С.ТИМОШИН*

В статье приводятся результаты исследования, посвященного изучению эффективности и внедрению новой методики лечения аневризм сосудов головного мозга, отработка метода, оценка раннего и позднего послеоперационного периода и сравнение с клипированием

аневризм из трепанационного доступа. Выявлены преимущества и недостатки данной методики.

Ключевые слова: аневризма, клипирование, головной мозг.

По данным 2003 г. в РФ ежегодно развивается ОНМК у 450 000 пациентов. У 75% из них развивается инсульт по ишемическому типу, который часто приводит к стойкой инвалидизации больных, у меньшей части развивается геморрагический инсульт. Наиболее частой причиной субарохноидальных кровоизлияний, которые занимают около 16% в структуре инсульта, являются аневризмы сосудов головного мозга, по данным разных авторов до 85%. Традиционным методом лечения аневризм, несмотря на давние попытки лечения их эндоваскулярными методами, считалось обнажение аневризматически измененного участка артерии с дальнейшим выключением аневризмы из сосудистого русла. Долгое время именно эта методика использовалась и совершенствовалась в большинстве клиник. Нейрохирургическое отделение Воронежской областной клинической больницы №1 не стало исключением, и являлось региональным центром по оказанию данного вида медицинской помощи. Приведенные выше цифры часто не отражают, да и не могут отразить, проблему частоты встречаемости данной патологии по причине того, что большинство из них диагностируются только при уже развившемся осложнении в виде геморрагического инсульта. Да и не стоит забывать о многочисленных отказах пациентов от операции и диагностики не смотря на многочисленные предупреждения врачей о возможных последствиях.

Альтернативный метод лечения появился сравнительно давно. Благодаря развитию эндоваскулярной методики, а также появлению нового, все более совершенного, инструментария, стало возможным выключить аневризму из кровотока без выполнения трепанационного доступа.

Цель исследования – Внедрение новой методики лечения аневризм сосудов головного мозга, отработка метода, оценка раннего и позднего послеоперационного периода и сравнение с клипированием аневризм из трепанационного доступа.

Результаты и их обсуждение. Врачи нашего рентгенохирургического отделения, в тесном сотрудничестве с нейрохирургами больницы, занялись изучением данной проблемы. Накоплен достаточно большой материал по диагностике и обработке информации, включая 3D моделирование. И только в апреле 2009 г. выполнена первая операция по закрытию аневризмы сосуда головного мозга платиновыми гидравлически отделяемыми 3D. До конца года успешно выполнено еще 9 подобных операций, 2 из которых в остром периоде геморрагического инсульта; все из которых закончились эмболизацией аневризм типа А. Контроль выполнялся через 6 мес. у 7 пациентов, у всех наблюдался хороший отдаленный результат. Небольшое количество выполненных операций, а также хороший результат, можно объяснить тщательным подбором пациентов: с относительной благоприятной локализацией в бассейне ВСА, диапазоном размеров аневризм в пределах 4,5-9 мм в диаметре, тонкой шейкой и сравнительно правильной формой.

Выполняя операции, мы столкнулись с рядом проблем связанных с гидравлически отделяемыми спиралями: подготовка спирали, залама портов, отделение ее. Это незначительно увеличило продолжительность вмешательства, и, нужно отметить, привело к потере нескольких спиралей. Для сравнения следующие операции мы хотим выполнить с использованием электролитических отделяемых спиралей, которые не имеют вышеперечисленных недостатков.

Выводы. 1. Эмболизация аневризм сосудов головного мозга является альтернативным методом их лечения.

2. Преимуществами этого метода являются: малоинвазивная методика – больше пациентов соглашается на проведение эмболизации аневризм, более легкий период реабилитации, в нашем случае, меньшее количество осложнений, выполняются операции на всех артериях виллизиева круга.

3. Недостатками метода являются: зависимость проведения операции от строения аорты и извитости артерий шеи, зависимость результатов операции от правильного подбора числа и типа спиралей, а также от анатомического строения аневризмы и возможных исходящих из нее ветвей.

Литература

1. Cognard C., Weill A., Castaigne L. et al. Intracranial berry aneurysms: angiographic and clinical results after endovascular treatment//Radiology. 1998. Vol. 206. P.499–510.

* ГУЗ Воронежская областная клиническая больница №1

2. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство/ Бураковский В.И., Бокерия и др.; под ред. Акад. АМН СССР В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. Медицина, 1989. 752 с.

3. Drake C.G., Peerless S.J., Hernesniemi J.A. Surgery of vertebrobasilar aneurysms. N.Y.: Springer, 1996.

4. Vinuela F., Duckwiler G., Mawad M. Guglielmi detachable coil embolization of acute intracranial aneurysm: perioperative and clinical outcome in 403 patients // J. Neurosurg. 1997. Vol. 86. P. 475–482.

5. Руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов / Под редакцией Л.А.Бокерия, Б.Г.Алекяна. Т.1. Рентгенэндоваскулярная хирургия заболеваний магистральных сосудов / Под ред. Л.А.Бокерия, Б.Г.Алекяна, М. Анри. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2008. 598 с.

ENDOVASCULAR BRAIN VESSEL ANEURYSM TREATING AS AN ALTERNATIVE TO CLIPPING. THE FIRST EXPERIENCE

A.V. AFANASEV, A.I. BORODULIN, A.V. GLUSHCHENKO, V.M. LANETSKY, R.V. LAPTYEV, I.V. MUZALOV, P.V. SARYCHEV, I.S. TIMOSHIN

Voronezh Regional Clinical Hospital №1

The article describes the results of research of efficiency and application of new methods of brain vessel aneurysm treatment, method practice, early both late postoperative period estimation and comparison with trepanation accessible aneurysm clipping. Advantages and disadvantages of the given technique are revealed.

Keywords: aneurysm, clipping, a brain.

УДК 616-553.7-071.2 (470. 063)

ОСОБЕННОСТИ СОМАТОТИПА ЮНОШЕЙ Г.СТАВРОПОЛЯ

Н.В. БАРАНОВА*

В тезисах затрагивается актуальность проблемы «генетические маркеры – конституция человека» в условиях реализации на практике современной стратегии науки с акцентом на охрану «здоровья здоровых».

Ключевые слова: соматотип, андроморфия, пролапс митрального клапана.

Актуальность исследования: Проблема «генетические маркеры – конституция человека» оказывается актуальной в условиях реализации на практике современной стратегии медицинской науки с акцентом на охрану «здоровья здоровых».

Цель исследования – изучить особенности соматотипа юношей в норме и при наличии пролапса митрального клапана (ПМК) с учетом фактора конституции.

При анализе результатов антропометрии, основанной на компьютерной обработке антропометрических данных, распределение типов конституции среди обследованных юношей выявило у юношей с ПМК преобладание торакального (45%) и астеноидного (31%) соматотипа, а у практически здоровых юношей (I группы) преобладает торакальный соматотип (44%), астеники представлены в 24%. Мускульный соматотип у практически здоровых юношей составляет 19%, а дигестивный – 13%, у юношей с ПМК эти соматотипы представлены в 14% и в 10% соответственно.

Показатель андроморфии, иллюстрирующий степень влияния мужских половых гормонов в формировании соматотипов, достоверно снижен у юношей с ПМК ($99,0 \pm 0,89$, $P < 0,01$), что косвенно свидетельствует о снижении уровня тестостерона.

При исследовании у практически здоровых юношей обхват предплечья, диаметр бедра, переднезадний диаметр грудной клетки и величины некоторых кожно-жировых складок, а у юношей с ПМК – диаметр плеча, диаметр бедра, длина тела, длина туловища и величины некоторых кожно-жировых складок объясняют большую часть изменчивости антропометрических данных. При этом у практически здоровых юношей наиболее информативными антропометрическими признаками являются обхватные размеры, сагиттальный диаметр грудной клетки, эпифизарный диаметр бедра и кожно-жировые складки корпуса тела и нижних конечностей. У юношей с ПМК к таким же признакам относятся

эпифизарные диаметры конечностей, длина тела и туловища, и кожно-жировые складки корпуса тела и верхних конечностей.

На фоне ускоренного соматотипологического развития астеноидов выявлено увеличение развития костного компонента сомы у юношей с ПМК, а на фоне замедленного соматотипологического развития дигестивных юношей обнаружено снижение развития костного компонента сомы у юношей с ПМК.

Таким образом, у юношей с ПМК мускульного (наиболее акселерированного варианта развития) и дигестивного соматотипов выявлено достоверное снижение жирового компонента сомы. При этом максимальное снижение величин кожно-жировых складок верхних конечностей, свидетельствует о маркерной информативности этих признаков при данной патологии.

SOMATOTYPE FEATURES OF YOUNG MEN IN STAVROPOL

N.V. BARANOVA

Stavropol State Medical Academy

The aim of the research is studying the peculiarities of youth somatic type with prolapse of the mitral valve taking into account the constitution factor.

Key words: somatotype, andromorpha, prolapse of mitral valve

УДК 616.314.18-002.4-084

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

И.А. БЕЛЕНОВА, Е.С. КАЛИНИНА, О.А. КУМИРОВА, А.А. КУНИН, О.И. ОЛЕЙНИК, Т.А. ПОПОВА*

В работе рассмотрены вопросы разработки программ профилактики заболеваний тканей пародонта с учетом индивидуального подхода к стоматологическому и соматическому статусам пациента.

Ключевые слова: пародонт, профилактика патологии пародонта, аппарат «Vector»

Заболевания тканей пародонта являются одной из важнейших проблем в стоматологической практике, поскольку характеризуются высоким уровнем распространенности среди населения, тяжестью течения и негативным влиянием на общее состояние организма и качество жизни человека [3]. Это является обоснованием необходимости разработки новых подходов в организации профилактики данной патологии. Одним из важнейших, предрасполагающих факторов в развитии воспалительных заболеваний пародонта, наряду с бактериальной составляющей, является состояние ротовой жидкости как среды, окружающей зубы и ткани пародонта [1].

Наши исследования посвящены методологическим проблемам выбора индивидуальных профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта. Проведено обследование 180 больных гингивитом в возрасте от 18 до 40 лет. Среди них 76 (42%) женщин и 104 (58%) мужчин, страдающих патологией пародонта, без выраженной сопутствующей патологии. Клиническое обследование больных проводилось по определенному плану и регистрировалось в специально разработанной карте.

Данные наших исследований позволяют сделать вывод о том, что изучение pH ротовой жидкости при различных патологических состояниях в полости рта имеет определенную диагностическую ценность при заболеваниях пародонта, являясь одним из определяющих критериев развития патологии или ранним прогностическим признаком заболевания. Определение pH ротовой жидкости позволяет прогнозировать прогрессирование патологического процесса, может служить критерием эффективности индивидуальных профилактических программ. Мы считаем, что система профилактики пародонта должна включать 2 звена: первичную и вторичную профилактику.

Под первичной профилактикой мы подразумеваем систему мероприятий, направленных на предупреждение патологии пародонта путем устранения факторов риска и повышения уровня здоровья пациентов. Выделяя общие элементы первичной профи-

* ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава» 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел: (8652) 35-32-29

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Кафедра терапевтической стоматологии, 394000, г. Воронеж, пр. Революции 14, Россия, Тел. (4732) 53-05-36