

На основании клинико-рентгенологического, бактериологического и иммунологического обследования, проведенного до операции и с учетом проведенного оперативного лечения осуществляли анализ факторов риска, устанавливали их градации и числовые значения. Затем определяли прогностические коэффициенты $F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8$ и F_9 по формулам.

После определения прогностических коэффициентов сравнивали их числовые характеристики и определяли прогноз.

При $F_1 > F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$ прогнозировали выздоровление, при $F_3 > F_1, F_2, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$ – обострение заболевания, при $F_9 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8$ – устанавливали благоприятный прогноз течения репаративного процесса, при $F_7 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_8, F_9$ – нарушение репаративного процесса, при $F_8 > F_1, F_2, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_9$ – формирование ложного сустава, при $F_2 > F_1, F_3, F_4, F_5, F_6, F_7, F_8, F_9$ прогнозировали риск возникновения патологического перелома / рефрактуры.

В отличие от других, в данном способе использовался многофакторный прогноз одновременно нескольких репаративных нарушений.

Таким образом, существует возможность прогнозирования репаративных нарушений у больных ХТО. Предлагаемые способы прогнозирования позволяют: своевременно выявить риск развития репаративных нарушений, провести ряд лечебно-профилактических мероприятий для предотвращения неблагоприятного исхода заболевания, использовать индивидуальную тактику лечения и, кроме того, осуществлять контроль за ходом и эффективностью проводимого лечения.

В.А. Луценко, В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, А.Л. Мальченко

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА СТОПЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово)

По мере развития общей анестезии в первой половине XX в. интерес к регионарным методикам заметно уменьшался. Последующее ее возрождение связано с появлением новых эффективных местных анестетиков, усовершенствованием технического обеспечения регионарной блокады и внедрением новых программ подготовки анестезиологов.

В отделении сосудистой хирургии за период с 2002 по 2006 гг. находилось 442 больных с синдромом диабетической стопы. Из них 154 больным некрэктомии и малые ампутации были выполнены без использования, каких либо методов анестезии, в связи полным отсутствием болевой чувствительности. Остальным больным проводились различные методы анестезии, в зависимости от объема оперативного вмешательства и общего состояния пациента. Для оценки риска проведения анестезии использовали суммарную систему оценки, предложенную американской ассоциацией анестезиологов (ASA). Система основана на градации физического состояния пациента с учетом плановых или экстренных показаний к операции. Для контроля за показателями использовались: ФВД, мониторинг ЧСС, АД, SO_2 , оценка болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале и вербальной рейтинговой шкале.

У 254 больных в качестве метода обезболивания использовалась регионарная и местная анестезия. В 157 случаях при выполнении ампутаций на уровне голени, бедра или стопы, применялась эпидуральная анестезия, 51 пациенту устанавливался катетер для длительного обезболивания, максимальная время функционирования катетера 14 дней, как правило, это были больные с ишемической формой синдрома диабетической стопы с хроническим болевым синдромом. В остальных случаях при выполнении малых ампутаций и некрэктомий, выполнялись проводниковая или инфильтрационная анестезии. В качестве анестетиков использовались современные препараты – бупивакаин (Анекаин, Маркаин). Из осложнений у 10 пациентов (6,37 %) отмечались головная боль, тошнота, которые самостоятельно купировались в течение 2–3 суток, других осложнений не было.

Эндотрахеальный и внутривенный наркозы использовался в 34 случаях, показанием для них являлись: сепсис, инфекция кожи в месте предполагаемой пункции при регионарной анестезии, длительное оперативное вмешательство, несогласие больного на проведение регионарной анестезии, психологическая или эмоциональная лабильность.

Таким образом, регионарная анестезия – метод выбора при оперативных вмешательствах на стопе при СДС у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Проведение регионарной анестезии, как правило, не оказывает существенного влияния на функцию жизненно важных систем больного.