

ВЫВОДЫ

Успех лечения больных синдромом диабетической стопы зависит не только от комплексного подхода к данному заболеванию. Необходимо формирование групп и определение риска развития синдрома диабетической стопы на уровне первичного звена медицинской помощи — поликлиник. Уменьшить риск развития гангрены стопы, повторных госпитализаций в хирургические стационары позволяет организация специализированного кабинета диабетической стопы.

Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, И.Н. Номоконова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)

В настоящее время доказано, что при синдроме диабетической стопы (СДС) отмечается снижение иммунорезистентности организма пропорционально степени тяжести и форме заболевания. Таким образом, выявляется необходимость иммуностимуляции при гнойно-некротических формах СДС, в частности при исходно сниженной иммунореактивности и при влиянии факторов, снижающих защитные силы организма. В иммуностимулирующей терапии нами использовался «Ронколейкин» (интерлейкин-2 человека рекомбиантный дрожжевой)

Интерлейкин-2 является эндогенным иммуномодулирующим препаратом, вызывает пролиферацию всех типов Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и натуральных киллеров, стимулирует продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами. Выступает в роли макрофагактивирующего фактора, способствует трансформации моноцитов периферической крови в лимфокинактивированные киллеры (ЛАК). Потенцирует продукцию ряда лимфокинов клетками мишенями для которых являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты, натуральные киллеры и макрофаги. При этом происходит усиление иммунного ответа за счет функциональной активации указанных клеток. Действие ронколейкина дает плеiotропный эффект с участием нескольких субпопуляций клеточных элементов иммунной системы, что позволило нам использовать его в качестве иммуностимулятора при СДС.

Нами пролечено 24 пациента с гнойно-некротическими формами СДС. «Ронколейкин» вводили лимфотропно в 1–2 межпальцевые промежутки стоп подкожно, на задней поверхности голени после наложения манжеты. На момент введения препарата состояние всех больных расценивалось как тяжелое и средне тяжелое. Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4–6 дней температура начинает нормализоваться, лейкоцитоз постепенно уменьшается. Снижение отека и инфильтрации тканей на 10–14 сутки, уменьшение гнойного отделяемого на 14–16 сутки, уменьшение площади язв на 19–20-е сутки, в 4-х случаях достигнуто практически полное заживление язвенных дефектов. Сравнение этой группы больных с контрольной, где пациенты лечились традиционными способами (39 пациентов), показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2–1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс и сокращаются сроки заживления язв.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

В.А. Бомбизо, М.Л. Меланин, И.Г. Толстокоров, А.М. Яцын

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

МУЗ «Городская больница №1» (г. Барнаул)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить качество хирургического лечения больных с разрывами двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 26 пациентов с повреждением забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.