

Неврологический дефицит разной степени выраженности при поступлении имели все пациенты. Для нейровизуализации всем больным выполнили МРТ соответствующего отдела позвоночника. Для оценки синдрома системного воспалительного ответа оценивали количество лейкоцитов в ОАК, СОЭ, уровень С-реактивного протеина. Пациенты прооперированы с использованием общепринятых методик. Послеоперационные раны были активно дренированы от 3 до 5 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты хирургического лечения оценивали в зависимости от динамики неврологического дефицита, наличия послеоперационных осложнений, наличия ортопедических послеоперационных деформаций. Хорошие исходы наблюдали у 8 (53,33 %) пациентов из 15, удовлетворительные — у 3 (20 %), и неудовлетворительные — у 4 (26,67 %). Неблагоприятные исходы были связаны с поздним оказанием специализированной помощи, отсутствием динамики неврологических нарушений, появлением кифотической деформации оперированного отдела позвоночника ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, одним из вариантов улучшения исходов хирургического лечения гнойных спинальных эпидуритов задней локализации, является использование дополнительной инструментальной фиксации после стандартной задней декомпрессии или изменение стандартной декомпрессии в сторону более органосохраняющей операции.

В.Г. Горохов, А.И. Пехов, В.Л. Котик, В.А. Сахаров

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Брянская областная больница № 1 (Брянск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

На симпозиуме ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987) синдром диабетической стопы определяется как патологическое состояние стопы при сахарном диабете, возникшее на фоне патологии периферических нервов и сосудов, характеризующееся поражением кожи, мягких тканей, костей и суставов, проявляющееся в виде трофических язв, костно-суставных изменений и гнойно-некротических процессов. В настоящее время сахарным диабетом страдает не менее 4 — 5 % населения Земли. В 20 — 80 % наблюдений сахарный диабет приводит к развитию грозного осложнения — синдрому диабетической стопы, что в 50 — 75 % случаев приводит к различным уровням ампутаций на нижних конечностях.

Цель работы — изучить результаты и возможности хирургического лечения синдрома диабетической стопы, условий для заживления язв, ран и возможности сохранения нижней конечности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении в 2010 г. проведено лечение 73 больных с осложнениями сахарного диабета и синдромом диабетической стопы. У пролеченных больных был диагностирован сахарный диабет 2 типа — у 68 человек (93,15 %), нейроишемическая форма диабетической стопы у 70 пациентов (95,9 %). Четверо больных находились на лечении 4 раза, трое — 3 раза и два раза за год пролечено трое больных. У трех больных диагностирована стопа Шарко. Умерло двое больных от декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности.

Проведен ретроспективный анализ лечения 51 больного с синдромом диабетической стопы в травматолого-ортопедическом отделении № 2 ГБУЗ «Брянская областная больница № 1». Из них мужчин — 18 (35,3 %), женщин — 33 (64,7 %) в возрасте от 39 до 86 лет. Старше 60 лет — 31 больной (60,8 %). Всем поступившим проведена оценка жалоб, всех видов чувствительности, комплексное нейропатическое обследование, мультидисциплинарный осмотр специалистов, направленный на выявление основных звеньев патогенетического лечения. Крайне важно провести стандартные методы исследования согласно международной классификации диабетической стопы, язв (1996, 2000). Обследование включало: общеклинические методы (в том числе 4 — 5-кратное исследование уровня глюкозы), рентгенограммы, электронейромиографию, реовазографию сосудов нижней конечности, ультразвуковую доплерографию сосудов нижней конечности.

Операции, по нашему мнению, следует проводить под проводниковой или перидуральной анестезией с седативными препаратами. Вскрытие и дренирование гнойных процессов — при поступлении в отделение, некрэктомию и ампутации — при четких границах поражения сегментов конечности. Оперировались 19 (37,24 %) пациентов с гангреной пальцев, у 17 (33,3 %) произведено вскрытие флегмон

стопы. Трофические язвы наблюдались у 23-х (45,1 %), 2-м больным произведена ампутация на уровне сустава Лисфранка. У подвергшихся анализу больных: произведена ампутация бедра у 2-х пациентов с окклюзией артерий голени на уровне коленного сустава и ампутация голени на уровне верхней трети у 9 больных. В остальных случаях производились резекции и ампутации малых сегментов стопы, этапные некрэктомии

Обязательным является, при наличии раневого дефекта, проведение посевов отделяемого из раны. Чаще определялась смешанная флора или сочетание ниже приведенных штаммов микробов в убывающей последовательности — *Proteus vulgaris*, *Pseud. aeruginosa*, *St. aureus*, *E. coli*. В процессе лечения рекомендуем повторное исследование для предотвращения реинфицирования ран госпитальной инфекцией. Присутствие грибковой формы значительно удлиняло срок лечения раневых дефектов и язв.

Массивная антибактериальная терапия антибиотиками цефалоспоринового ряда III поколения сочеталась с коррекцией уровня гликемии. Применяли метаболические и антиоксидантные препараты (альфа-липоевая (тиоктовая) кислота 600 ЕД в сутки, актовегин, витамины группы В, мексидол и др.). Для коррекции ангиопатии применяли дезагреганты, спазмолитики, низкомолекулярные гепарины и антикоагулянты. С нашей точки зрения, необходимо назначение в хирургических стационарах фенофибратов, препаратов Са⁺, антидепрессантов, нейролептиков и др. Повязки на раны применяли после обильного промывания ран различными антисептиками. Для очищения раны хорошо зарекомендовали себя ферментные препараты (трипсин, хемотрипсин, гналуронидаза и др.). В раннем послеоперационном периоде применяли водорастворимые мази, йодофоры, актовегин-гель и др.

Хирургическое лечение в сочетании с применением актовегина, препаратов альфа- липоевой (тиоктовой) кислоты и с коррекцией дезагрегантной, антиоксидантной терапии привело к сохранению опорности нижних конечностей у 78,43 % больных. Дополнительно применяли по показаниям гипербарическую оксигенацию, физиотерапию, разгрузочные повязки.

ВЫВОДЫ

В 70,5 % случаев больные сахарным диабетом обратились на лечение с гангреной пальцев и стопы, гнойными заболеваниями стоп и голени. Удалось сохранить нижнюю конечность у 96 % больных с синдромом диабетической стопы, а у 78,4 % — сохранить коленный сустав, что необходимо для дальнейшей реабилитации больных.

Возможности хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы резко ограничены необратимыми изменениями в тканях нижних конечностей и рядом сопутствующих заболеваний.

Применение антибактериальной, антиоксидантной терапии (актовегина, альфа- липоевой(тиоктовой) кислоты, витаминов и др.), в сочетании с коррекцией дезагрегантной и свертывающей системы, липидного и углеводного обмена и сосудорасширяющей терапией приводит к компенсации синдрома диабетической стопы и сохранению опорности нижней конечности.

В.Г. Горохов, Л.В. Тихонова

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНЫХ ШВОВ И ГРУБЫХ РУБЦОВ

**Брянская областная больница № 1 (Брянск)
Смоленская государственная медицинская академия (Смоленск)**

К настоящему времени накоплен богатый клинический материал, указывающий на то, что большое значение при заживлении кожных ран имеет характер отека тканей зоны травмы в послеоперационном периоде. Однако до сих пор проблема реконструкций при сочетанных повреждениях не решена. Остается довольно высоким процент послеоперационных осложнений, связанных с формированием в зоне оперативного вмешательства грубой рубцовой ткани, нарушающей функциональное состояние кисти и пальцев. Не исключено, что ряда осложнений в послеоперационном периоде можно было бы избежать, используя микрохирургическую технику и методы стимуляции системы лимфодренажа тканей в зоне оперативного вмешательства

Известные способы профилактики ранних послеоперационных осложнений кожных швов при микрохирургических операциях путём наложения асептических повязок на шов (Усольцев Е.В. с соавт., 1986) или стерильных повязок с использованием антисептических растворов (Симбирцев А.С., 2002) не решают проблемы. Не решают проблемы и лекарственные препараты, применяемые *per os* и внутримышечно (ацетилсалициловая кислота, мексидол) (Толстых М.П. с соавт., 2004).