

Первым этапом проводилось создание подкожной эмфиземы с пневмопрепаровкой кожи в проекции грудины. Под контролем оптики выполняли рассечение электроножом надкостницы с последующим Т-образным рассечением наружной кортикальной пластинки грудины.

Вторым этапом выполнялась торакоскопия и последовательное рассечение реберных хрящей на вершине их деформации со стороны грудных полостей с обеих сторон, загрудинно проводилась титановая пластина, смоделированная индивидуально по переднебоковому профилю грудной клетки. Данный этап осуществлялся под контролем оптики, что исключало повреждение органов средостения. В последующем осуществляли разворот пластины по своей оси на 180° с элевацией грудины, одномоментно исправляя воронкообразную деформацию. Мобилизация грудино-реберного комплекса при помощи хондротомии и Т-образной частичной стернотомии позволяла интраоперационно корригировать деформацию без последующего выраженного давления грудины на пластину и, тем самым, на ребра, снижая вероятность их атрофии и искривления в точке опоры. Исправление деформации грудины с заполнением регенератом клиновидного дефекта в области проведенной стернотомии препятствует ее рецидивному западению. Фиксацию металлоконструкции к ребрам осуществляли индивидуально только у пациентов старших возрастных групп. Вышеперечисленные факторы приводили к быстрому и правильному формированию грудной клетки, что позволяло нам удалять металлоконструкцию через 8–12 месяцев.

Разработанные в клинике данные методы коррекции наиболее тяжелых и часто встречающихся пороков развития грудной клетки позволяют добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

Н.Р. Тырхеева, Я.Н. Манибадарова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Сахарный диабет (СД) — клинический симптом хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью и приводящий к нарушению обмена веществ и патологическим изменениям в различных органах и тканях [2, 3]. С ростом заболеваемости СД возрастает количество его осложнений, развитие которых представляют собой угрозу жизни больных. Синдром диабетической стопы (СДС) объединяет патологические изменения нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических процессов и гангрены стопы [3]. Язвы на фоне СДС в 84 % случаев приводят к низким ампутациям и увеличивают смертность в 2,4 раза в сравнении с пациентами, страдающими СД без язв [3]. Поздняя диагностика, неадекватное лечение, а также отсутствие налаженной системы междисциплинарной помощи приводят к высокому числу ампутаций у больных сахарным диабетом. Поэтому актуальной является разработка основополагающих принципов консервативного лечения, обеспечивающего максимально долгое сохранение конечности.

Цель данного исследования — оценка эффективности консервативного лечения перед ампутациями при СДС.

Задачи:

1. Провести статистический анализ лечения СДС за 2002–2007 гг.
2. Выявить причины, уменьшающие долю ампутаций при лечении СДС.
3. Предложить комплекс мероприятий для дальнейшего уменьшения доли ампутаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было изучено 63 истории болезни пациентов (50 женщин и 13 мужчин), находившихся на лечении в хирургическом отделении НУЗ ОКБ с 2002 по 2007 гг. 2 человека с диагнозом СД 1 типа инсулинозависимый, 61 человек с диагнозом СД 2 типа инсулинонезависимый. Из больных СД 2 типа 26 человек имели средне тяжелое компенсированное течение. Возраст больных составил 42–80 лет (средний возраст — $71,5 \pm 5,5$ лет), длительность заболевания — от 1 месяца до 15 лет (в среднем — 4 года ± 8 месяцев.)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных показывает, что чаще синдром диабетической стопы возникает при длительном течении сахарного диабета (более 15 лет) и преимущественно у пожилых людей, причем с тенденцией к развитию гангрены и, следовательно, к высокой частоте «больших» ампутаций, большая

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.).

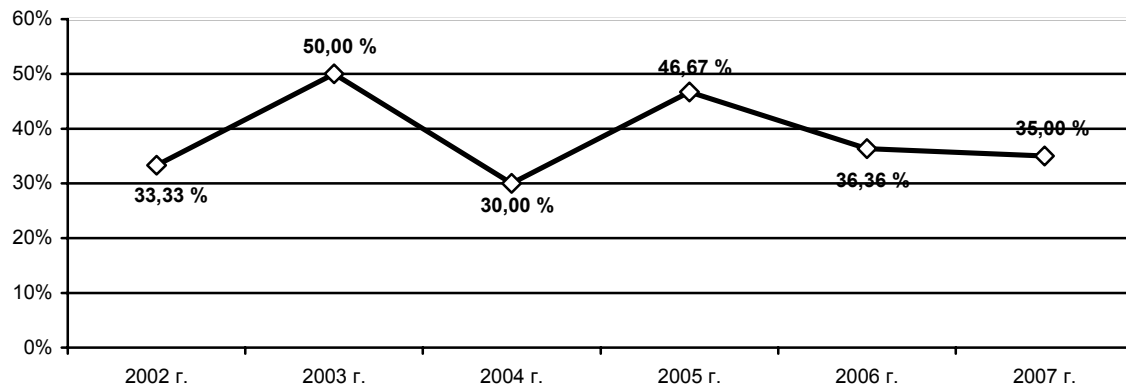


Рис. 1. Доля ампутации с/3 бедра.

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 ДИСПАНСЕРА

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.