

является основой эффективности применения цитокинов в комплексном лечении иммунодефицитов у пациентов с глубокой лимфопенией [7]. Особенно актуальными для мониторинга состояния пациентов и оценки эффективности проводимой терапии остаются шкалы тяжести состояния и уровень холестерина.

Таким образом, каждый кластер иммунного статуса обладает собственными системообразующими показателями, отражающими влияние патологических факторов. С усугублением тяжести состояния пациентов в ряду кластеров с первого по шестой изменяется состав системообразующих показателей. В кластерах с менее тяжелым состоянием пациентов (первый и второй кластеры) актуальными являются показатели иммунного статуса. У пациентов третьего кластера также информативны показатели интоксикации и вегетативной регуляции. При усугублении состояния пациентов (4–6-й кластеры) приобретают актуальность в качестве системообразующих показатели шкал тяжести состояния. Уровни цитокинов как системообразующие показатели актуальны только для шестого кластера. Уровень холестерина принадлежит к числу системообразующих показателей в большинстве кластеров организации иммунного статуса.

Организацию и функции иммунного ответа целесообразно рассматривать с позиций фундаментальных знаний об организации сложных саморегулирующихся систем. Патогенетически обоснованным является использование для оценки состояния пациентов с различными вариантами организации иммунного ответа различных клинико-лабораторных показателей. Исследования по изучению факторов организации функционирования иммунной системы открывают перспективы в разработке новых интегральных методов оценки тяжести состояния пациентов, прогноза течения и исхода заболеваний, а также выбора наиболее эффективной тактики комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев Л. В. и др. Заболевание вегетативной нервной системы. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.
2. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов н/Д: изд-во Рост. ун-та, 1990. – 222 с.
3. Ивантер Э. В., Коросов А. В. Основы биометрии: Введение в статистический анализ биологических явлений и процессов: Учебное пособие. – Петрозаводск: изд-во Петрозавод. гос. ун-та, 1992. – 168 с.

4. Костюченко А. Л., Бельских А. Н., Тулупов А. Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. – СПб: Фолиант, 2000. – 448 с.

5. Леончик Е. Ю., Савастру О. В. Кластерный анализ. Терминология, методы, задачи. – Одесса: ОНУ им. И. И. Мечникова, 2007. – 208 с.

6. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог с природой. – М.: Прогресс, 1986. – 432 с.

7. Чагина Е. А., Сгурская Л. В., Силкин С. В. и др. Клинико-экспериментальная характеристика влияния ронколейкина (ИЛ-2) на фагоцитарный резерв нейтрофилов у больных перитонитом // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 5. – С. 135–136.

8. Buttenschoen K., Fathimani K., Buttenschoen D. C. Effect of major abdominal surgery on the host immune response to infection // Curr. opin. infect. dis. – 2010. – № 3. – P. 259–267.

9. Fulc B., Hillarp N. A. Fluorescence of catecholamines and related compounds condensed with formaldehyde // J. histochem. cytochem. – 1962. – № 10. – P. 348–354.

10. Haskova V., Kaslik J., Richa J. et al. Simple method of circulating immune complex // Z. immun.forsch. – 1978. – Bd. 195. – P. 399–406.

11. Kaiser H. F. The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis // Psychometrika. – 1958. – № 23. – P. 187–200.

12. Lopez-Revuelta A., Sanchez-Gallego J. I., Hernandez-Hernandez A. et al. Membrane cholesterol contents influence the protective effects of quercetin and rutin in erythrocytes damaged by oxidative stress // Chem. biol. interact. – 2006. – № 15. – P. 79–91.

13. Manchini G., Carbonara A. O., Heremas J. F. Immunochemical quantitation of antigens by single radical immunodiffusion // Immunochemistry. – 1965. – V. 2. – P. 235–254.

14. Oberholzer A., Souza S. M., Tschöcke S. K. et al. Plasma cytokine measurements augment prognostic scores as indicators of outcome in patients with severe sepsis // Shock. – 2005. – № 6. – P. 488–493.

15. Pessaux P., Msika S., Atalla D. et al. Risk factors for postoperative infectious complications in noncolorectal abdominal surgery: a multivariate analysis based on a prospective multicenter study of 4718 patients // Arch. Surg. – 2003. – № 3. – P. 314–324.

16. Reith H. B., Rauchschalbe S. K., Mittelkötter U. et al. IgM-enriched immunoglobulin (pentaglobin) positively influences the course of post-surgical intra-abdominal infections // Eur. J. med. res. – 2004. – № 9 (10). – P. 479–484.

17. Rosenberger P. H., Ickovics J. R., Epel E. et al. Surgical stress-induced immune cell redistribution profiles predict short-term and long-term postsurgical recovery. A prospective study // J. Bone joint surg. am. – 2009. – № 12. – P. 2783–2794.

Поступила 17.06.2010

Т. О. СЕРКИНА¹, Г. А. ПЕНЖОЯН², Ю. М. ПЕРОВ¹, В. Г. АБУШКЕВИЧ¹

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЭКЛАМПСИЮ, НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА РОДИЛЬНИЦ

¹Кафедра нормальной физиологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 268-55-02;

²кафедра акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов

Кубанского государственного медицинского университета, городская больница № 2, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2

На основании оценки регуляторно-адаптивного статуса осуществлено прогнозирование послеродовых осложнений у 29 женщин, перенесших преэклампсию во время беременности. В послеродовой период у наблюдаемых рожениц регуляторно-адаптивный статус, определяемый по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма, был снижен. Больше снижение регуляторно-адаптивного статуса имело место у женщин, перенесших в послеродовом периоде осложнения. У них диапазон синхронизации был меньше на 45,0%, а длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона была больше на 11,1% по сравнению с аналогичными параметрами у рожениц, не имеющих осложнений. Этот факт был использован для прогнозирования осложнений в раннем послеродовом периоде у рожениц, перенесших при беременности преэклампсию. По прогнозу, на основании оценки регуляторно-адаптивного статуса осложнения должны были иметь 16 рожениц, перенесших преэклампсию при беременности. На самом деле их оказалось 13. Таким образом, оценка регуляторно-адаптивного статуса должна быть использована в прогнозировании послеродовых осложнений у женщин, перенесших при беременности преэклампсию.

Ключевые слова: регуляторно-адаптивный статус, сердечно-дыхательный синхронизм, послеродовой период.

T. O. SERKINA¹, G. A. PENZHOYAN², Y. M. PEROV¹, V. G. ABUSHKEVICH¹

THE PROGNOSIS OF POSTNATAL AGGRAVATIONS ON WOMEN, WHO HAD PRE-ECLAMPSY, ON THE BASIS OF THEIR REGULATORY-ADAPTIVE STATUS

¹*The chair of normal physiology of Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. 268-55-02;*

²*the chair of obstetrics and gynecology of faculty of advanced qualification and postgraduate training for specialists of Kuban state medical university, municipal clinic № 2, Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partisan st., 6/2*

On the basis of the evaluation of regulatory-adaptive status was carried out a prognosis of prenatal aggravations in 29 women, who had pre-eclampsy during their pregnancy. In the postnatal period the monitored patients had a lowered regulatory-adaptive status, according to their cardio-respiratory synchronism. The greater decline of the regulatory-adaptive status was taking place in women, who had aggravation in the postnatal period. Their synchronization span was lower by 45,0%, and the duration of synchronization development on a minimum of a span was greater by 11,1%, in comparison with the analogous parameters of the patients, who didn't have aggravations. This fact was used to predict aggravations in early postnatal period for women, who suffered pre-eclampsy during their pregnancy. According to the prognosis, on the basis of evaluation of the regulatory-adaptive status, 16 women, who suffered pre-eclampsy while pregnant, were supposed to have aggravations. In fact their number was 13. Thus, the evaluation of the regulatory-adaptive status should be used for the prognosis of postnatal aggravations in women, who suffered pre-eclampsy during their pregnancy.

Key words: regulatory-adaptive status, cardio-respiratory synchronism, postnatal period.

Преэклампсия – одно из самых тяжелых осложнений в послеродовом периоде. Оно одинаково опасно для жизни матери и ребёнка. При преэклампсии нарушаются функции жизненно важных органов: почек, головного мозга, печени, лёгких, что нередко приводит к развитию полиорганной недостаточности. Последствия перенесённой преэклампсии проявляются не только в раннем послеродовом периоде, но и в последующие годы жизни женщины, прежде всего это касается функций головного мозга [1, 6]. Из общего числа умерших от преэклампсии 96,8% женщин умерли после родов [5]. Поэтому весьма актуальным является прогнозирование послеродовых осложнений у женщин, перенесших преэклампсию.

Прогнозирование таких осложнений в ранний послеродовой период обычно осуществляется на основании данных общеклинического обследования и лабораторных анализов [2]. Для прогнозирования отдалённых послеродовых осложнений у женщин, перенесших преэклампсию, используются показатели центральной и церебральной гемодинамики, получаемые с помощью метода интегральной реографии тела и реоэнцефалографического исследования мозгового кровотока [5]. В то же время требуется прогноз, основанный на комплексной оценке регуляторно-адаптивного статуса организма роженицы в целом. Рядом авторов предложено для такой оценки использовать опросники «качество жизни». В частности, С. В. Говоров, Г. Я. Клименко [4] проводили такую оценку с помощью российской версии международной программы

«Medical Outcomes Study Short Form» (SF-36). Однако такой метод является субъективным.

В качестве объективного метода исследования возможно использование оценки регуляторно-адаптивного статуса на базе анализа параметров сердечно-дыхательного синхронизма [7]. Сердечно-дыхательный синхронизм развивается при высокочастотном дыхании в такт вспышкам фотостимулятора. При этом достигается синхронизация частоты дыхания и частоты сердечных сокращений: на каждое дыхание строго через определенный промежуток времени приходится одно сокращение сердца. Изменение частоты высокочастотного дыхания в определенном диапазоне частот приводит к синхронному изменению частоты сокращений сердца [8]. Данная проба является способом интегративной оценки функционального состояния организма, поскольку при реализации сердечно-дыхательного синхронизма включаются: восприятие светового сигнала, его переработка, формирование произвольной реакции воспроизведения дыхания с определенной частотой, а также сложный комплекс межцентрального взаимодействия дыхательного и сердечного центров и, наконец, эфферентного звена вегетативной нервной системы [7]. Проба была апробирована в клинике [9].

Целью работы явилось прогнозирование послеродовых осложнений у женщин, перенесших преэклампсию, на основании оценки регуляторно-адаптивного статуса рожениц по динамике параметров сердечно-дыхательного синхронизма.

Материалы и методы исследования

Наблюдения были выполнены на базе перинатального центра г. Краснодара в два этапа. Первый этап наблюдений был проведен на 24 родильницах с нормальным послеродовым периодом, 15 родильницах, перенесших во время беременности преэклампсию, но не имеющих осложнений в послеродовом периоде, и 14 родильницах, перенесших во время беременности преэклампсию и имеющих осложнения в послеродовом периоде. У всех отобранных родильниц наряду с клиническим обследованием проводили объективную оценку функционально-адаптивного статуса при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма [7], устанавливали параметры синхронизации, характерные для родильниц, перенесших преэклампсию в послеродовом периоде. На втором этапе наблюдения были выполнены в послеродовой период на 29 родильницах, перенесших во время беременности преэклампсию. По параметрам сердечно-дыхательного синхронизма прогнозировали развитие осложнений преэклампсии в послеродовом периоде или их отсутствие. Прогноз развития осложнений сопоставляли с его подтверждением.

Полученные результаты и их обсуждение

У 15 наблюдаемых родильниц в послеродовом периоде без осложнений после перенесенной во время беременности преэклампсии имела место задержка послеродовых выделений. Она возникала вследствие загиба матки кзади при длительном постельном режиме и замедленном ее сокращении. У исследуемых отмечались замедленное сокращение матки, резкое уменьшение объема лохий, повышение температуры, озноб, чувство тяжести внизу живота.

Регуляторно-адаптивный статус, определяемый по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма, был

снижен. На это указывал меньший (табл. 1) диапазон синхронизации на 51,4% по отношению к таковому у женщин с нормальной беременностью перед родами [3]. У женщин в послеродовой период после преэклампсии без осложнений длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма была больше на 21,0%, а на максимальной границе – больше на 40,4% аналогичных параметров у женщин с нормальной беременностью перед родами. У женщин в послеродовой период после преэклампсии без осложнений достоверного различия в длительности восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы как на минимальной, так и на максимальной границе диапазона синхронизации по сравнению с таковыми у беременных перед родами, не было ($P>0,05$). Таким образом, у женщин в послеродовой период после преэклампсии без осложнений регуляторно-адаптивный статус был снижен. Причем он был более снижен, чем во время нормального послеродового периода. Об этом свидетельствовало уменьшение диапазона синхронизации на 32,6%. Остальные параметры сердечно-дыхательного синхронизма достоверно не отличались.

14 наблюдаемых родильниц в послеродовом периоде имели осложнения после перенесенной преэклампсии во время беременности: 35,7% составили больные с преэклампсией, 14,3% – с эклампсией, 37,5% – больные с массивной кровопотерей. Больные с гнойно-септическими осложнениями составили 14,3%. Регуляторно-адаптивный статус у таких родильниц был снижен.

Диапазон синхронизации был меньше, чем у беременных на 40-й неделе при доношенной беременности (табл. 2), на 73,2%.

Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного

Таблица 1

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма у женщин с доношенной, на последней 40-й неделе беременности, окончившейся физиологическими родами, и у женщин в послеродовой период после преэклампсии без осложнений

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма	Статистические показатели	Доношенная беременность	Послеродовой период после преэклампсии без осложнений
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	M	18,3	8,9
	$\pm m$	1,3	0,1
	P		<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	M	12,6	15,3
	$\pm m$	0,8	0,1
	P		<0,001
Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	M	13,6	19,1
	$\pm m$	1,2	0,6
	P		<0,001
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе в кардиоциклах	M	13,2	13,7
	$\pm m$	0,4	0,4
	P		>0,05
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на максимальной границе в кардиоциклах	M	14,8	15,5
	$\pm m$	0,4	0,4
	P		>0,05

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма у женщин с доношенной, на последней 40-й неделе беременности, окончившейся физиологическими родами, и у женщин в послеродовой период после преэклампсии с осложнениями

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма	Статистические показатели	Доношенная беременность	Послеродовой период после преэклампсии с осложнениями
Ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	M	18,3	4,9
	±m	1,3	0,1
	P		<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	M	12,6	17,0
	±m	0,8	0,2
	P		<0,001
Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	M	13,6	20,7
	±m	1,2	1,0
	P		<0,001
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе в кардиоциклах	M	13,2	14,9
	±m	0,4	0,4
	P		<0,01
Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на максимальной границе в кардиоциклах	M	14,8	16,1
	±m	0,4	0,5
	P		>0,05

синхронизма была больше, чем у беременных на 40-й неделе при доношенной беременности, на 34,9%.

Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма была больше, чем у беременных на 40-й неделе при доношенной беременности, на 52,2%.

Длительность восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на минимальной границе диапазона синхронизации была больше, чем у беременных на 40-й неделе при доношенной беременности, на 12,9%.

У женщин в послеродовой период после преэклампсии с осложнениями достоверного различия в длительности восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на максимальной границе диапазона синхронизации по сравнению с таковыми у беременных перед родами не было ($P > 0,05$).

У женщин в послеродовой период после преэклампсии с осложнениями регуляторно-адаптивный статус был ниже по сравнению с регуляторно-адаптивным статусом во время нормального послеродового периода. Диапазон синхронизации был меньше на 62,9%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма была больше таковой в нормальный послеродовой период на 21,4%. Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма была больше таковой в нормальный послеродовой период на 15,0%. Длительность восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на минимальной границе диапазона синхронизации была больше таковой в нормальный послеродовой период на 12,9%.

У женщин в послеродовой период после преэклампсии с осложнениями регуляторно-адаптивный статус был ниже, чем у женщин в послеродовой период после преэклампсии без осложнений. Так, диапазон синхронизации был меньше на 45,0%, а длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона – больше на 11,1%.

Наименьший диапазон сердечно-дыхательного синхронизма и наибольшая длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона у женщин с осложнениями после перенесенной перед родами преэклампсии позволяют использовать параметры сердечно-дыхательного синхронизма для прогнозирования в послеродовом периоде преэклампсических осложнений.

Из 640 беременных женщин было отобрано 29, у которых при беременности имела место преэклампсия. Задачей исследования явилось прогнозирование осложнений в раннем послеродовом периоде. У обследуемых была проведена проба сердечно-дыхательного синхронизма. По параметрам сердечно-дыхательной синхронизации эти 29 родильниц были разбиты на две группы.

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма каждой из этих групп были сравнены с известными параметрами синхронизации в послеродовом периоде без осложнений и в послеродовом периоде с осложнениями.

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма первой группы беременных (13 человек) отличались от параметров, характерных для родильниц с осложнениями в послеродовом периоде. В то же время параметры сердечно-дыхательного синхронизма первой группы беременных достоверно не отличались от параметров, характерных для родильниц без осложнений в послеродовом периоде. Таким образом, родильницы первой группы по параметрам сердечно-дыхательного

синхронизма были отнесены к родильницам, у которых послеродовой период после преэклампсии протекал без осложнений. Следовательно, ожидать осложнений в послеродовом периоде у этого контингента родильниц не следует.

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма второй группы беременных (16 человек): ширина диапазона синхронизации, длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма, длительность восстановления исходного ритма сердечбиений после прекращения пробы на границах диапазона синхронизации – достоверно не отличались от таковых у родильниц с осложнениями в послеродовой период после преэклампсии.

При сравнении параметров сердечно-дыхательного синхронизма у родильниц второй группы с таковыми у родильниц, перенесших преэклампсию при беременности без осложнений в послеродовом периоде, имели место различия. Ширина диапазона синхронизации у родильниц второй группы была меньше, чем у родильниц без осложнений, на 40,3%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона развития сердечно-дыхательного синхронизма была больше, чем у родильниц без осложнений, на 14,4%. Родильницы второй группы по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма были отнесены к родильницам, у которых послеродовой период после преэклампсии протекал с осложнениями. Следовательно, у этого контингента родильниц в послеродовом периоде следует ожидать осложнений.

Как показали дальнейшие наблюдения, у родильниц первой группы рецидивов преэклампсии и их осложнений в течение 6 месяцев не было.

Из 16 родильниц второй группы преэклампсия и ее осложнения имели место у 13 человек (81,2%).

Таким образом, оценка регуляторно-адаптивного статуса должна быть использована при прогнозировании послеродовых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаходжаева М. С., Елецкая Н. Е. Гестозы и их осложнения в структуре материнской смертности / М. С. Абдуллаходжаева, Н. Е. Елецкая // Мед. журнал Узбекистана. – 2002. – № 3. – С. 27–29.
2. Башмакова Н. В., Пунгина М. Ю. Реабилитация родильниц, перенесших при беременности гестоз различной степени тяжести. – М., 2000. – С. 43–44.
3. Галустьян М. З. Оценка регуляторно-адаптивных возможностей организма беременных женщин для определения готовности организма к родам / М. З. Галустьян, И. И. Куценко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 9 (90). – С. 96–101.
4. Говоров С. В. Сравнительная оценка компонентов качества жизни родильниц и женщин, зарегистрировавших брак / С. В. Говоров, Г. Я. Клименко // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2007. – № 31. – С. 15–22.
5. Ихтиярова Г. А. Клиническое прогнозирование послеродовых осложнений у женщин, перенесших тяжелую преэклампсию и эклампсию / Г. А. Ихтиярова, Д. И. Туксанова, Б. М. Аюбов // Врач-аспирант. – 2005. – № 2 (9). – С. 102–107.
6. Мазурская Н. М. Особенности изменений показателей гемодинамики у пациентов с гестозом в послеродовом периоде / Н. М. Мазурская, М. В. Федорова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2001. – № 4 (6). – С. 56–58.
7. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека / В. М. Покровский, В. Г. Абушкевич, И. И. Борисова, Е. Г. Потягайло, А. Г. Похотько, С. М. Хакон, Е. В. Харитоновна // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. № 6. – С. 116–119.
8. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм: выявление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма / В. М. Покровский, В. Г. Абушкевич, Е. Г. Потягайло, А. Г. Похотько // Успехи физиол. наук. – 2003. – Т. 34. № 3. – С. 68–77.
9. Покровский В. М. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике / В. М. Покровский, В. Г. Абушкевич // Кубан. науч. мед. вестн. – 2005. – № 7–8 (80–81). – С. 98–103.

Поступила 5.09.2010

В. В. СТЯПУХИН¹, В. М. БЕНСМАН², А. Н. ЛИЩЕНКО³

РОЛЬ РАННИХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Экстренное хирургическое отделение № 3 больницы скорой медицинской помощи,
²кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
³кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии,
Россия, г. Краснодар, ул. 40-летия Победы, 14. E-mail: Lischenko_an@mail.ru

За 3 года было обследовано и пролечено 154 пациента, имеющих ишемическую и нейроишемическую формы осложненного СДС. Ранним прямым реваскуляризациям на магистральных артериях был подвергнут 71 (46%) пациент, из них: в аортоподвздошном сегменте – 13 (18,3%); в бедренно-подколенном сегменте – 46 (64,7%); в берцово-стопном – 12 (17%) больных. Непрямым реваскуляризациям были подвергнуты 25 (16,2%) пациентов, из них: изолированная поясничная симпатэктомия выполнена у 19, а реваскуляризирующая остеотрепанация – у 6. Хорошие результаты получены у 55%, удовлетворительные – у 31%, неудовлетворительные – у 14% пациентов. Летальный исход был у 3 (3,1%) пациентов.

Выполнение ранних реваскуляризирующих операций у больных с осложненными ишемической и нейроишемической формами СДС позволяет спасти пораженную конечность от высокой ампутации или ограничиться вмешательствами на уровне стопы.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, ранние реваскуляризации, высокие ампутации.