

5. Гамалея И.А., Клыбин И.В. Перекись водорода как сигнальная молекула. // Цитология.- 1996.- Т. 38.- N 12. - С. 1233-1247.
6. Rice M.E. Ascorbate regulation and its neuroprotective role in the brain. // Trends Neurosci.- 2000.- V. 23.,N 2. - P. 209-216.
7. Kobayashi M., Takeda M., Ito K., et al. Two-dimensional photon counting imaging and spatiotemporal characterization of ultraweak photon emission from a rat's brain in vivo. // J. Neurosci. Methods.- 1999.- V. 93, No 2. - P. 163-168.
8. Kobayashi M., Takeda M., Sato T., et al. In vivo imaging of spontaneous ultraweak photon emission from a rat's brain correlated with cerebral energy metabolism and oxidative stress. // Neurosci. Res.- 1999.- V. 34.- No 2.- P. 103-113.

©ГрГМУ

## **ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ**

**Е.Д. ЖИВИТЬКО, Л.В. ГУТИКОВА**

The article describes the role of endogenous intoxication in pregnant women with gestosis

Ключевые слова: гестоз, эндогенная интоксикация, беременность, роды, послеродовой период

### **1. ВВЕДЕНИЕ**

Согласно статистическим данным, гестоз в структуре заболеваемости беременных занимает 7-е место после анемии, угрозы невынашивания, заболеваний щитовидной железы, болезней мочеполовой системы, инфекционных заболеваний и болезней кровообращения [1].

### **2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Оценить роль синдрома эндогенной интоксикации при гестозе на течение беременности, родов и пуэрперия для оптимизации схемы коррекции патологического процесса.

### **3. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

592 женщины с беременностью, осложненной гестозом разной степени тяжести и без проявления этой патологии, а также дети, рожденные от этих женщин. Проведен комплекс биохимических, биофизических, физиологических, функциональных, клинических и статистических методов.

### **4. РЕЗУЛЬТАТЫ**

Беременность, осложненная гестозом, чаще встречается среди первобеременных и первородящих женщин. Рецидив гестоза отмечается у 70% повторнородящих. Чистые формы гестоза выявляются только у каждой пятой женщины. При отсутствии типичной триады признаков наиболее частым является сочетание гипертензии и протеинурии. У каждой третьей беременной с гестозом выявляется плацентарная недостаточность. Среди осложнений родового акта отмечаются несвоевременное излитие околоплодных вод, присоединение внутриутробной гипоксии плода, а также аномалии родовой деятельности. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения при гестозе приводит к развитию острой или хронической внутриматочной гипоксии плода и возникновению перинатальной гипоксии новорожденных у каждой третьей женщины, синдрому задержки внутриутробного развития плода (15,7; 28,6 и 25,0 %), достоверному снижению оценочных критериев по шкале Апгар, массы тела новорожденных на 15, 17 и 20% при легкой, средней и тяжелой степени гестоза соответственно ( $p \leq 0,05$ ). При гестозе происходит активация процессов гиперкоагуляции, снижение уровня гемоглобина, достоверное снижение уровня общего белка ( $p < 0,05$ ) перераспределение альбуминов и глобулинов. Тяжесть гестоза коррелирует со степенью выраженности гипоальбуминемии ( $r = -0,73$ ;  $p \leq 0,01$ ) и гипопротеинемии ( $r = -0,78$ ;  $p \leq 0,05$ ). Гестоз приводит к гиперпигментации, снижению азотвыделительной функции почек, электролитному дисбалансу.

### **Литература**

1. Сидоренко, В.Н. Поздний сочетанный гестоз: этиопатогенез, профилактика, ранняя диагностика и лечение / В.Н. Сидоренко. – Минск : БГМУ, 2007. – 199с.

©ГрГМУ

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СНИЖЕНИЕ РИСКА ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ**

**Д.Р. ЖИВУШКО, О.И. ДУБРОВЩИК**

The study describes several methods of the diabetic foot purulent-necrotic forms treatment. Especially the attention is paid on different types of high amputations that are performed in patients with diabetes

Ключевые слова: диабетическая стопа, гнойно-некротические осложнения, хирургическое лечение

### **1. ВВЕДЕНИЕ**

В последние годы пристальное внимание специалистов, участвующих в лечении больных сахарным диабетом (СД), обращено к диабетической стопе (ДС). Синдром диабетической стопы (СДС)

возникает у 80% больных СД спустя 15–20 лет после начала болезни, к тому же развитие гнойно-некротических осложнений в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей [1,3]. Неуклонный рост развития осложненных форм ДС с одной стороны, неудовлетворенность хирургов результатами лечения с другой, и, если учесть, что СД самое распространенное эндокринное заболевание во всем мире, сопровождающееся неуклонным ростом, занимающее по тяжести осложнений и летальным исходам лидирующие позиции наряду с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкологическими заболеваниями [2,4], становится очевидной глобальность и актуальность данной проблемы.

## **2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Улучшение результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы путем обоснования хирургической тактики при различных видах глубины поражения стопы, определение сроков и объема выполнения оперативных вмешательств, позволяющих снизить количество высоких ампутаций бедра и обеспечить приемлемое качество жизни этой тяжелой категории больных.

## **3. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

991 пациент с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, мужчин - 478 (48,2%), женщин 513 (51,8%), в возрасте от 25 до 86 лет. Сахарный диабет 2 типа у 85,7% больных, сахарный диабет 1 типа у 14,3%.

## **4. РЕЗУЛЬТАТЫ**

В результате проведенного исследования установлено, что пациенты с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы составляют 46% от всех больных, госпитализированных в хирургический стационар в течение года, а количество оперативных вмешательств по поводу острых гнойных осложнений у этих больных составляет 20 – 25%. Следовательно, у большинства из 24 206 больных сахарным диабетом, зарегистрированных в Гродненской области, есть или будут анатомические и патологические изменения в сосудистой и нервной системе нижних конечностей с широким спектром гнойно-некротических проблем синдрома диабетической стопы. Поэтому основной целью хирургического лечения этих больных является сохранение конечности и жизни больного.

Оценена клиническая эффективность разработанной в клинике тактики, обоснована целесообразность комплексного лечения, включающего общие и местные консервативные и хирургические методы, которые должны быть основными и проводиться преимущественно поэтапно.

Установили, что при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы с некрозами в дистальных отделах стопы, хирургические операции, выполняемые до появления зоны демаркации и купирования критической ишемии, приводят к прогрессированию некроза тканей. При распространенном некрозе, флегмоне стопы, наличии гнойных затеков на тыл и подошву стопы, оперативное вмешательство следует проводить активно, однако, не стремиться к радикальной хирургической обработке за одно оперативное вмешательство, так как нет четких границ гнойно-некротического процесса, лучшие результаты у этих пациентов наблюдали при многоэтапных некрэктомиях.

Изучив результаты оперативных вмешательств у исследуемых больных придерживаемся тактики: прежде чем определить показания к ампутации конечности (малой, большой, высокой) всеми возможными и доступными методами следует добиваться отграничения гнойно-некротического процесса и, по возможности, перевести влажную гангрену в сухую до оперативных вмешательств и после широко применять предложенные нами и внедренные в клинику физические методики воздействия на раны, что позволяет снизить количество высоких ампутаций и улучшить результаты лечения. Эффективность разработанной тактики и внедрения физических методик подтверждены удостоверениями на рационализаторские предложения и актами внедрения в лечебный и учебный процесс.

В практическом плане следует отметить – лучшие результаты лечения этой категории больных могут быть достигнуты в специализированных отделениях или центрах, оснащенных необходимым оборудованием для диагностики поражения артерий (дуплексное сканирование, КТ-ангиография, традиционная ангиография и др.) и объединяющих специалистов разного профиля, так как консервативное и оперативное лечение при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы без своевременной реваскуляризации малоэффективно и положительные результаты имеют временный характер.

## **Литература**

1. Аметов, А.С. Перспективы развития диабетологии / А.С. Аметов // Тер. архив. 2005. - №10. - С. 5-9.
2. Балаболкин, М.И. Диабетология. / М.И. Балаболкин // Медицина. - 2000. - С. 343 - 407, 672.
3. Балаболкин, М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Кремская // Медицина. - 2002. - С. 752.
4. Amputations in diabetic patients: a plea for footsparing surgery / Van Damme H et al. // Acta Chir Belg. - 2001. - №101 (3) – P.123–129.