

И. Х. ГЕВОРКЯН, А. М. ПАРСАДАНЯН

О ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Разработан комплекс мероприятий, направленных на профилактику хирургических осложнений у больных, страдающих сахарным диабетом. Применение этого комплекса играет большую роль в предупреждении различных осложнений, возникающих у больных этим заболеванием.

Число больных, страдающих сахарным диабетом, во всем мире прогрессивно увеличивается [14]. По сведениям ряда авторов, распространенность сахарного диабета в настоящее время колеблется от 2 до 3% [11, 16, 17], а у лиц пожилого и старческого возраста достигает 5—9% [10].

По данным эндокринологического отделения республиканской клинической больницы им. В. И. Ленина, материалом которой мы пользуемся в данной статье, в 1970 г. число госпитализированных больных с этим заболеванием составляло 111 чел., а в 1980 г. оно достигло уже 715, т. е. в течение 10 лет увеличилось почти в 6,5 раза. Со времени организации в эндокринологическое отделение было принято 5444 больных, страдавших сахарным диабетом, из коих у 696 имелась легкая форма (12,76%), у 3297—диабет средней тяжести (60,64%) и у 1452 больных (26,50%)—тяжелая форма заболевания. Из 5444 больных у 2575 имелась ангиопатия различной локализации (47,4%), из них у 2490 наблюдалась макроангиопатия, в частности нижних конечностей (96,93%).

Многие авторы считают, что поражение сосудов нижних конечностей является одним из ранних проявлений диабетической ангиопатии [6, 14, 17]. Патогенез последней весьма сложен и до настоящего времени остается не совсем ясным. Видимо, ведущую роль в возникновении столь частого поражения артерии у больных сахарным диабетом играет комплекс различных факторов, в частности нарушение обмена веществ и гормональной корреляции [6, 7, 11 и др.]. Основным морфологическим субстратом в генезе диабетической макроангиопатии является атеросклеротический процесс, поражающий магистральные сосуды нижних конечностей. У больных, страдающих сахарным диабетом, атеросклеротическое поражение и облитерация сосудов нижних конечностей встречается весьма часто [6, 8, 9 и др.] Bell [15] на основании результатов вскрытия 2130 больных, умерших от сахарного диабета и его различных осложнений, и 59733 лиц, скончавшихся от других причин, выявил, что атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей при сахарном диабете у мужчин встречается в 51, а у женщин в 71 раз чаще, чем у лиц, не страдавших этим заболеванием.

Проведенные в госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института физико-химические, биохимические и другие исследования крови, взятой из различных сосудов, в том числе из бед-

ренных артерий и вены больной конечности, выявили ряд закономерных нарушений [3, 4]. Было установлено, что вязкость крови, в частности, взятой из бедренной вены, у больных, страдающих сахарным диабетом и макроангиопатией нижних конечностей, в большинстве случаев бывает высокой и достигает 6—9. С другой стороны, у этих больных наблюдаются большие колебания в содержании сахара крови, взятой из сосудов больной конечности (110—425 мг%), и нарушение артерно-венозного равновесия в содержании сахара, который у здоровых людей в большем количестве содержится в артериальной крови. Наконец, установлено, что у больных сахарным диабетом и макроангиопатией нижних конечностей имеется резкое угнетение окислительно-восстановительных процессов. Помимо этого, у этих больных выявлены и другие сдвиги, в частности установлено замедление кровотока в больной конечности, активация свертывающей системы крови, повышение содержания холестерина [1, 3, 10].

Известно, что у больных сахарным диабетом, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, нередко возникает целый ряд осложнений, приводящих к инвалидности и смерти. С другой стороны, больные с этой патологией сегодня могут жить до глубокой старости. Из 2575 больных, госпитализированных в эндокринологическом отделении республиканской клинической больницы Армянской ССР, у 108 (4,2%) имелись хирургические осложнения, в частности гангрена различных отделов нижних конечностей, из-за чего эти больные были переведены в хирургическое отделение. Кроме указанных лиц, в хирургическое отделение из различных районов поступил еще 141 больной с различными осложнениями сахарного диабета. Таким образом, за прошедшие 11 лет в хирургическом отделении республиканской клинической больницы им. В. И. Ленина на лечении находилось 249 больных, страдавших сахарным диабетом с различными осложнениями, тяжелая форма имела у 177 (71,2%), диабет средней тяжести—у 68 (27,5%) и легкая форма у 4 больных (1,3%). Из указанных больных у 94 имела гангрена пальцев и стопы (37,7%), у 27 (10,8%) наблюдался облитерирующий атеросклероз подколенного и подвздошно-бедренного сегментов в стадии декомпенсации, у 29 были гнойные и длительно не заживающие раны (11,7%) и у 99 человек имела хирургическая инфекция различной локализации, преимущественно флегмоны, карбункулы, фурункулы, гнойники и др. (39,8%).

У больных с гангреной пальцев и стопы в подавляющем большинстве случаев наблюдался влажный процесс с явлениями глубокой интоксикации и септическим состоянием. Такое же состояние наблюдалось у многих больных с гнойной инфекцией. У большинства больных указанных групп имелись жизненные показания к ампутации конечностей, в том числе и бедра. Летальность наблюдалась у 25 человек, что составляет около 10%. Возраст больных, страдавших хирургическими осложнениями на фоне сахарного диабета, колебался в больших пределах—от 21 до 82 лет. Среди них женщины составили 52%, мужчины—48%.

Приведенный материал говорит о тяжелом течении и исходе у больных, страдающих сахарным диабетом с различными хирургическими осложнениями, и о важности их профилактики.

В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института разработан и в течение многих лет применяется комплекс мероприятий по профилактике хирургических осложнений у больных, страдающих сахарным диабетом.

В комплексе основное внимание уделяется регулярному лечению основного заболевания—сахарного диабета. Больные с этим заболеванием, находящиеся в хирургическом отделении, систематически консультируются эндокринологом и строго выполняют все назначения как в отношении приема лекарственных веществ, так и соблюдения режима жизни, в частности питания. Чрезмерная полнота и стремление «не худеть» приводят к более раннему возникновению атеросклероза и макроангиопатии с ее разнообразными осложнениями. Мы рекомендуем таким больным большую подвижность, гигиеническую гимнастику и ежедневно теплый душ в пределах 37,0°.

Значительное место в комплексе профилактических мероприятий отводится дозированной ходьбе, массажу и ежедневным теплым ванночкам для ног. Ходьбу лучше выполнять перед сном, начиная с 10 мин и ежедневно увеличивая время на 1 мин, доводя время ходьбы до 1 часа. После ходьбы больному рекомендуется принять ножные теплые ванночки (36—37°С) с добавлением 25—30 капель йодной настойки. Массаж нижних конечностей лучше принимать у специалиста-массажиста. Курс массажа целесообразно повторять каждый квартал. Рекомендуется в течение суток два раза (утром и вечером перед сном) смазывать пальцы, стопы и голени йодной настойкой с глицерином (1 часть йодной настойки и 5 частей глицерина).

Больному сахарным диабетом, страдающему макроангиопатией, рекомендуется периодически применять в течение 3—4 дней антикоагулянты под контролем коагулограммы.

В комплекс профилактических мероприятий входит также прием витаминов, в частности витамина Е и В-15, а также периодически сосудорасширяющих веществ.

В показанных случаях (болевого фактора, быстрая утомляемость ног при ходьбе, зябкость и др.) в магистральную артерию больной конечности вводятся посредством чрескожной артериопункции различные лекарственные средства (сосудорасширяющие, обезболивающие и др.), в том числе и инсулин—5—8 ед. Учитывая определенную трофическую роль гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и ее инсулиноподобное действие, мы используем для профилактики прогрессирования макроангиопатии нижних конечностей этот препарат, стимулирующий в тканях утилизацию основных энергетических источников при применении его внутриартериальным путем. ГАМК вводится в магистральную артерию конечности в виде 1% раствора в количестве 2 мл. Вливания выполняются через день, всего 6—7 раз.

Указанные мероприятия играют важную профилактическую роль и в отношении гнойной инфекции. При возникновении последней на ко-

нечностью наряду с общехирургическими мероприятиями мы широко используем также внутриартериальную осмотерапию [2, 3]. Для этой цели применяются гипертонические растворы различных лекарственных веществ, в том числе антибактериальные и местноанестезирующие вещества.

С целью профилактики интоксикаций, распространения воспалительного процесса, а также для экономной ампутации при гангрене конечностей нами широко используются методы, повышающие иммунобиологическую реактивность организма (гамма-глобулин, антистафилококковая плазма и сыворотка, трансфузия иммунной крови и др.), антибактериальные препараты, дезинтоксикационные мероприятия, симптоматические средства и др. В начальной стадии влажной гангрены широко применяются некрэтомии и некротомии, дающие возможность у многих больных перевести влажную гангрену в сухую и значительно уменьшить интоксикацию организма. При длительно не заживающих ранах и язвах конечностей у больных сахарным диабетом, наряду с различными ферментными препаратами, мы с успехом местно применяли и инсулин (4—6 капель во время каждой перевязки).

При отсутствии противопоказаний рекомендуем периодически больных сахарным диабетом, имеющих различные хирургические осложнения, в частности макроангиопатию со стороны нижних конечностей, направлять на санаторно-курортное лечение.

Используемый нами в течение многих лет комплекс профилактических мероприятий сыграл большую роль в предупреждении хирургических осложнений у большой группы больных, страдавших сахарным диабетом [2, 3 и др.].

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 20/IX 1981 г.

Ի. Զ. ԳԵՎՈՐԿՅԱՆ, Ա. Մ. ՊԱՐՍԱԴԱՆՅԱՆ

ՇԱՔԱՐԱՆՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՄՈՏ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԱԽԱԿԱՆԵՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Վիրաբուժական բարդությունները շաքարախտով տառապող հիվանդների մոտ կազմում են 4,2%, իսկ ծայրանդամների մակրոանգիոպաթիան հասնում է 47,4%-ի:

Այդ բարդությունները հաճախ պատճառ են հանդիսանում հաշմանդամության առաջացման և երբեմն նույնիսկ մահվան:

Հեղինակները, երկար տարիների փորձից հլնելով, մշակել են կոմպլեքսային միջոցառումներ վիրաբուժական բարդությունները նախականելու համար՝ շաքարախտով տառապող հիվանդների մոտ: Այդ միջոցառումները տվել են զգալի դրական արդյունք:

I. K. GEVORKIAN, A. M. PARSADANIAN

ON PROPHYLAXIS OF SURGIACAL COMPLICATIONS IN
PATIENTS, SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS

A complex of measures is worked out for prophylaxis of surgical complications in patients with diabetes mellitus. The application of this

complex will have a significant role in prevention of different complications.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бабалян Н. Н. Дисс. канд. Ереван, 1970.
2. Геворкян И. Х. Внутривенное применение лекарственных веществ в хирургии. М., 1958.
3. Геворкян И. Х. Облитерирующая ангиодистрофия конечностей. Ереван, 1978.
4. Геворкян И. Х., Асланян Р. А., Ахвердян Р. А. и др. Ж. exper. и клин. мед. АН Армянской ССР, 1968, VIII, 1, стр. 50.
5. Геворкян И. Х. Ж. exper. и клин. мед. АН Армянской ССР, 1980, XX, 5, стр. 507.
6. Генес С. Г. Сахарный диабет. М., 1963.
7. Генес С. Г. Тер. архив, 1965, 7, стр. 3.
8. Клемашев И. С. Пробл. эндокринологии, 1964, 5, стр. 17.
9. Коган-Ясный В. И. Сахарная болезнь. М., 1957.
10. Манукян Г. С. Дисс. канд. Ереван, 1968.
11. Марголис М. Г., Москович Э. Г. Клин. мед., 1967, 7, стр. 41.
12. Погожева Е. Е., Амирасланов Ю. А., Моренкова С. А. Гнойная инфекция и сахарный диабет. М., 1981.
13. Потемкин В. В. Эндокринология. М., 1978.
14. Varany E. R. Acta med. Scand., 1955, 305, 129.
15. Bell E. Arch. Path., 1957, 53, 444.
16. Křížek V., Stěpanek P. Stoffwechselkrankheiten veb. Gustav Fischer verlug, Jena 1975.
17. Pederson L., Olsen S. Acta med. Scand., 1962, 171, 551.
18. Reding R. Zbl. Chir., 1972, 97, 25, 825.
19. Sonnenberg E. Diabetes mellitus-Therapiewosche, 1978, 28, 17, 3443.

УДК 618.19—007.17

Л. Н. МКРТЧЯН, Т. Г. ОВАНЕСБЕКОВА, А. М. ГАЛСТЯН

ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Проведен ретроспективный анализ пролиферативных дисгормональных дисплазий молочных желез. Установлено, что некоторые морфологические показатели с учетом возрастного фактора должны настораживать морфолога и вести его к тщательным поискам неопластических изменений.

Структурно-функциональное состояние молочных желез находится под непосредственным регулирующим воздействием целого ряда гормональных факторов. В связи с этим дисгормональные изменения неминуемо отражаются на состоянии молочных желез и приводят к различным по своим морфологическим характеристикам патологическим процессам. Среди них особого внимания заслуживают пролиферативные дисгормональные дисплазии, которые в ряде случаев расцениваются как «предраковые» и могут давать начало неопластическому росту [6]. В этом аспекте диагностика указанных пограничных состояний представляет наибольшие трудности в верификации патологического процесса и определении начала неопластических изменений.