

Ефимов Евгений Владимирович

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2012/4/21.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по данному вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2012. № 4 (59). С. 78-80. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2012/4/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

Список литературы

1. Абрамович Г. Л. Введение в литературоведение. М., 1979.
2. Берковский Н. Я. Романтизм в Германии. СПб., 2001.
3. Габитова Р. М. Философия немецкого романтизма. М., 1989.
4. Германская история в новое и новейшее время: в 2-х т. М., 1970. Т. 1.
5. Горький М. О литературе. М., 1955.
6. Гофман Э.-Т.-А. Золотой горшок // Гофман Э.-Т.-А. Новеллы. М., 1991.
7. Жирмунская Н. Новеллы Э.-Т.-А. Гофмана в современном мире // Гофман Э.-Т.-А. Новеллы. Л., 1990.
8. Жирмунская Н. От барокко к романтизму. М., 2001.
9. История зарубежной литературы XIX века / под ред. Н. А. Соловьёвой. М., 1991.
10. История зарубежной литературы XIX века / под ред. Н. П. Михальской. М., 1991.
11. Каверин В. Литератор. М., 1988.
12. Камю А. Бунтующий человек. Философия. Политика. Искусство. М., 1990.
13. Карельский А. Сказки и правда Гофмана // Гофман Э.-Т.-А. Новеллы. М., 1991.
14. Култыгин В. П. Классическая социология. М., 2000.
15. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя. Минск, 2000.
16. Фромм Э. Иметь или быть? М., 1990.
17. Энгельс Ф. Письмо к М. Гаркнесс // Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения: в 50-ти т. М., 1954-1981. Т. 37.

УДК 616.389-008.64-06

Медицинские науки

Евгений Владимирович Ефимов

Саратовский государственный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ[©]

Глобальный рост заболеваемости человечества сахарным диабетом сегодня рассматривается в контексте эпидемии с учетом его осложнений, таких как поражение нервной системы, нарушение периферической циркуляции крови, приводящих к проблемам стопы с развитием язв или гангрены, которые зачастую влекут за собой ампутацию конечности [2; 3].

Целью работы является улучшение результатов хирургического лечения больных диабетической стопой, снижение у них количества высоких ампутаций конечностей.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ хирургического лечения поздних осложнений диабетической стопы у больных сахарным диабетом за последние 3 года. Под наблюдением в клинике общей хирургии СГМУ находилось 246 пациентов с диабетической стопой. Мужчин было 102, женщин - 144, возраст больных от 18 до 78 лет. Сахарный диабет I типа диагностирован у 28 пациентов, II типа - у 218, впервые выявлен - у 12. Сопутствующие заболевания установлены более 90% случаев.

Нейропатическая форма СДС отмечена у 81 (33%) больного, ишемическая - у 54 (22%), смешанная - у 111 (45%). Каждая клиническая ситуация с учетом распространенности деструктивного процесса дополнительно оценивалась в соответствии с классификацией Вагнера (1997).

У 94% больных выполнялись оперативные вмешательства (II-V степень поражения), из них 173 пациента (70%) поступили с инфицированной язвой или гнойно-некротическим поражением стоп. У 1/4 была диабетическая гангрена преимущественно с ишемической формой поражения (42 из 58 больных).

Результаты и их обсуждение

Лечение инфицированных поражений стоп проводили дифференцированно с учетом формы поражения, глубины и распространенности инфекции, характера микрофлоры, наличия остеомиелита стопы. Ключом к лечению больных с тяжелыми гнойно-некротическими формами диабетической стопы является участие в лечебном процессе мультидисциплинарной команды специалистов, в которую включены хирург, эндокринолог, кардиолог, терапевт и анестезиолог.

У каждого пациента оценивали возможность проведения хирургической обработки, сохранения опорной функции нижней конечности. Мы пришли к пониманию того, что у данной категории больных следует резко ограничить выполнение объемных травматических операций, включая высокую ампутацию нижней конечности, по неотложным показаниям. Допускается лишь проведение дежурным врачом паллиативного вмешательства, санирующего гнойно-некротический очаг. В последующем оценивали магистральный кровоток с определением лодыжечно-плечевого индекса. При выявлении острой или хронической ишемии нижних конечностей больной консультируется сосудистым хирургом, который определяет показания, объем и сроки выполнения реваскуляризирующей операции.

Консервативное лечение должно быть комплексным и направленным на:

- компенсацию углеводного обмена;
- проведение нейропротективной, дезагрегантной и антибактериальной терапии;
- купирование явлений критической ишемии стопы;
- симптоматическую терапию с учетом сопутствующих заболеваний;
- местное лечение диабетической стопы.

Наряду с нейротропными и дезагрегантными препаратами, нестероидными средствами и венотониками, антибиотиками и витаминами важное место в комплексной лекарственной терапии диабетической стопы занимают препараты, нивелирующие проявления критического нарушения периферического кровотока при ишемической и смешанной форме поражения ног. Важное место среди них занимают препараты из группы дезагрегантов, улучшающих свойства «текучести» крови - это блокатор *SH*-групп *Энелбин*, *Плавикс* и производные простагландина *E₁* (*Алпростан*).

В основе тактики хирургического лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы лежит решение вопроса сохранения конечности. Эта проблема должна решаться с учетом анамнеза, течения сахарного диабета, сопутствующих заболеваний, данных обследования пациента, клинической формы диабетической стопы, характера гнойно-некротического очага. Наиболее сложным он является у пациентов, имеющих смешанную форму диабетической стопы, состояние которых отягощено как ишемией стопы, так и прогрессирующей инфекцией на фоне различных сопутствующих заболеваний.

При нейропатической форме поражения у 72 больных произведено вскрытие флегмоны стопы и хирургическая обработка гнойно-некротического очага с использованием широких подошвенных, тыльных или боковых доступов. Обязательным условием такого вмешательства было иссечение всех измененных тканей, особенно пораженных сухожилий и подошвенного апоневроза в максимально проксимальном направлении, поскольку они являются основным путем поддержки и распространения инфекции. Вскрытие флегмоны с последующей расширенной некр-секвестрэктомией способствовало выздоровлению 14 пациентов без дополнительного хирургического вмешательства.

В дальнейшем у 58 больных на фоне комплексной консервативной терапии возникла необходимость выполнения этапной некрэктомии локальных очагов вторичного некроза или других видов операций. Из них у 24 больных выполнена экзартикуляция пальцев с резекцией головки плюсневой кости, у 14 - трансметатарзальная (ТМА) ампутация по Шарпу и у 12 - проксимальная ампутация стопы.

У 12 пациентов выявлено поражение участка пяточной кости с развитием остеомиелита и околораневой флегмоны на фоне нейропатии. При первичной локализации некротично-воспалительного поражения на пятке при сохранении кровоснабжения нижней конечности разрез выполняли через середину некротически-гнойного очага. Некротизированный секвестр кости удаляли, выполняя некрэктомию с помощью ложки Фолькмана, шаровки или спиливали сегмент кости. При этом хирургическая обработка была эффективной в 8 случаях, у 4 - в дальнейшем выполнена ампутация стопы. У 4 больных хирургическая обработка флегмоны на фоне сепсиса была неэффективной, у них наблюдали распространение гнойно-воспалительного поражения со стопы на голень, что обусловило необходимость выполнения высокой ампутации нижней конечности.

При смешанной форме поражения стоп с формированием некрозов и изолированных гангренов пальцев оперировано 105 больных. Вскрытие флегмоны стопы с последующим заживлением раны произведено 13 больным.

При изолированном поражении II-IV пальцев у 32 пациентов выполнили их экзартикуляцию с резекцией головки плюсневой кости с удалением сухожилий сгибателей и разгибателей. Операцию выполняли на уровне метаэпифиза костей плюсны, что позволило создать условия для первичного заживления раны в 91,8% наблюдений. При одновременном поражении более двух центральных пальцев или дистальной части стопы рекомендуем ТМА по Шарпу, которая выполнена у 18 пациентов. Применение этой операции обусловлено тем, что после ее выполнения более радикальной, чем удаление пальцев, увеличивается вероятность заживления раны. Наряду с этим, после ТМА лучше, чем после проксимальной ампутации стопы, сохраняется опорная функция нижней конечности. При распространенном поражении глубоких отделов стопы с вовлечением костно-апоневротических и межмышечных структур выполняли типичную проксимальную ампутацию стопы на уровне суставов Лисфранка или Шопара.

Зачастую после иссечения распространенных зон некроза, нежизнеспособных тканей сухожильных влагалищ или различных видов ампутаций стопы образовывались обширные раневые дефекты мягких тканей и обпилов костей, обнажались суставные поверхности, которые невозможно было одномоментно укрыть различными пластическими способами.

Выводы

1. При определении тактики хирургического лечения гнойно-некротических осложнений сахарного диабета следует учитывать патогенетическую форму СДС, глубину, распространенность деструктивного очага и анатомо-функциональные особенности поражения на стопе.

2. С целью сохранения нижней конечности и ее опорной функции приоритет среди хирургических способов следует отдавать расширенной хирургической обработке гнойно-некротического очага и дистальным ампутациям стопы.

3. Оптимизация тактики и хирургического лечения гнойно-некротических осложнений диабетической стопы позволила значительно снизить частоту выполнения высоких ампутаций нижних конечностей у больных нейропатической и смешанной формой диабетической стопы и в 87% наблюдений достигнуть у них удовлетворительного результата, сохранив опорную функцию ноги.

Список литературы

1. Дедов И. И., Удовиченко О. В., Галстян Г. Р. Диабетическая стопа. М.: Практическая медицина, 2005. 197 с.
2. Тронько Н. Д. Государственная комплексная программа «Сахарный диабет» // Доктор. 2003. № 5. С. 9-12.
3. Carrington A. L., Abbott C. A., Griffiths J., Jackson N., Johnson S. R., Kulkarni J., Van Ross E. R., Boulton A. J. A Foot Care Program for Diabetic Unilateral Lower-Limb Amputees // Diabetes Care. 2001. № 24 (2). P. 216-221.

УДК 323(47+57):323.12(430)

Политология

Юлия Анатольевна Завьялова

Сургутский государственный университет ХМАО - Югры

**СТЕРЕОТИПЫ О СОВЕТСКОМ НАРОДЕ В ИСТОЧНИКАХ
НАЦИОНАЛ-СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ ПРОПАГАНДЫ[©]**

Этнические стереотипы являются естественными составными элементами национального сознания, которые помогают людям осознать свою этническую принадлежность, свое отличие от других национальных общностей. То есть, этнические стереотипы - это схематичные нормы, стандарты самосознания общества, инструменты передачи от поколения к поколению национальных форм социального и нравственного опыта [8, с. 11]. В основе формирования национального взгляда на внешний мир лежит социально-исторический опыт того или иного народа. Люди неизбежно воспринимают чужие обычаи, традиции, формы поведения, прежде всего, сквозь призму своих собственных обычаев, тех традиций, в которых они сами воспитаны. Проблема возникает лишь тогда, когда действительные или воображаемые различия возводятся в главное качество и превращаются во враждебную психологическую установку по отношению к какой-либо этнической или социальной группе, установку, которая разобщает общества и народы. Так возникают «образ врага» и этническое предубеждение. Под «образом врага» следует понимать коллективные представления о нации, государстве или политической системе, которые складываются под влиянием негативных национальных и идеологических стереотипов и используются для контроля над массовым сознанием с помощью неформальных санкций и для культивирования чувств страха, недоверия и враждебности [9, с. 81].

Многие политологи считают, что независимо от национальных чувств идеологические установки диктуют людям, под каким углом зрения следует смотреть на другие страны и народы. Так веками существовавший в общественном сознании этнический стереотип превращался в элемент идеологии, которым можно манипулировать в зависимости от поставленных целей [5, с. 15]. Таким образом, для создания новых идеологических стереотипов использовались старые, уже существующие клише, так как в сознании масс закреплялись лишь те представления, которые имели социально-психологические корни и не противоречили общему состоянию общественного сознания [4, с. 110].

Принимая во внимание вышеизложенное, идеологическими стереотипами следует назвать устойчивые, эмоционально окрашенные схематические образы, возвышающие собственные идеологические и политические ценности и культивирующие чувство враждебности к «чужим» идеологическим и политическим ценностям [2, с. 68].

Если этнические стереотипы рождаются часто в непосредственном контакте личности с окружающим миром, то идеологические - внедряются в массовое сознание главным образом с помощью пропаганды в средствах массовой информации, а также через литературу и искусство. Причем, с одной стороны используются ранее созданные, укрепившиеся в массовом сознании стереотипы, а с другой стороны, на их основе формируются новые идеологические стереотипы, которые активно внедряются в общественное мнение.

Рассматривая идеологические стереотипы о советском населении, следует сказать о том, что идеологи национал-социалистической партии Германии использовали существовавшие в сознании населения страны представления об отсталости и варварстве слабого и полуазиатского населения Советского Союза, а также опирались на возникшее со времен победы Октябрьской революции чувство страха у населения Германии перед нападением «большевистских орд».

Для поддержания чувства страха у населения Германии в одном из своих выступлений Гитлер говорил, что в случае войны «большевистские орды» Советского Союза пронесутся над Европой как новый монгольский вихрь и сравнивал их с племенем гуннов Аттилы: «Im Fall eines Krieges, verursacht durch die „Eroberungslust“ der Sowjetunion, sollte „ein neuer Mongolensturm über Europa hinwegbrausen“ [12, S. 262], «dann „wären die bolschewistischen Horden wie der Hunnenschwarm eines Attila über die Donauländer gebraust“» [Ibidem, S. 263].

В качестве примера использования уже существовавших стереотипов о слабо развитом полуазиатском советском населении следует привести «Директиву о действиях войск в России», которая была выпущена в 1941 году перед началом войны против Советского Союза. Из данной директивы солдаты Германии