



Рис. 2. Результаты коагулограммы у пациентов с переломом шейки бедренной кости.
Примечание: ** – $p < 0,01$.

Выводы. Операция эндопротезирования тазобедренного сустава сопровождается более выраженным увеличением свертываемости крови у пациентов с асептическим некрозом бедренной кости и с коксартрозом, по сравнению с пациентами с переломом шейки бедра. Пациенты с АНГБК и с коксартрозом требуют более пристального внимания в отношении возможности развития тромбоза глубоких вен голени и тромбоэмболических осложнений.

Список литературы

1. Коваленко А.Н., Ахтямов И.Ф. Этиология и патогенез асептического некроза головки бедренной кости. *Гений ортопедии*. 2010. № 2.
2. Hailer Y. D., Montgomery S., Ekblom A., Nilsson O., Bahmanyar S. Legg-Calve-Perthes disease and the risk of injuries requiring hospitalization: a register study involving 2579 patients // *Acta Orthop*. 2012. № 83. P. 572–576.
3. Al-Omran A.K., Sadat-Ali M. Legg-Calve-Perthes disease in two generations of male family members: a case report // *J Orthop Surg*. 2013. № 21. P. 258–261.
4. Woratanarat P., Thaveeratitharm C., Woratanarat T., Angsanuntsukh C., Attia J., Thakkinstian A. Meta-analysis of hypercoagulability genetic polymorphisms in Perthes disease // *J. Orthop Res*. 2014. № 32. P. 1-7.
5. Li C., Shen L., Yang Y., Shuai B., Xu X., Ma C. Plasma ghrelin and von Willebrand Factor levels in patients with non-traumatic osteonecrosis of the femoral head // *Hip Int*. 2015. № 25. P. 76-81.
6. Geerts W.H., Pineo G.F., Heit J.A., Bergqvist D., Lassen M.R., Colwell C.W., Ray J.G. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy // *Chest*. 2004. № 3. P. 338-400.
7. Heit J. A. Venous thromboembolism: disease burden, outcomes and risk factors // *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2005. № 3. P. 1611-1617.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЛЕРИША У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кириленко И.А., Полулях Т.В.,
Лущик М.В., Новомлинский В.В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: polutex@icloud.com

*Что требуется от медицины?
Совсем «немного» – правильной
диагностики и хорошего лечения.*

Н.М. Амосов

На сегодняшний день сахарный диабет является одним из основных факторов риска раз-

вития заболеваний периферических артерий нижних конечностей [1, с. 328]. Это является причиной возникновения ранней инвалидности у людей как молодого, так и пожилого возраста. Особую опасность представляют редко и трудно диагностируемые осложнения сахарного диабета, связанные с недостаточностью периферического кровообращения. Одним из таких осложнений является синдром Лериша, связанный с хронической окклюзией бифуркации брюшной части аорты и подвздошных артерий. Была проведена оценка важности диагностических критериев для постановки синдрома Лериша у больных сахарным диабетом 2 типа. Результаты исследования показали, что требуется использование дополнительных методов исследования и сбора анамнеза для своевременной диагностики данного синдрома, ввиду его патологических проявлений на поздней стадии течения, связанных с инвалидизацией людей и утратой работоспособности. Своевременная диагностика на начальных стадиях данного заболевания позволяет применять консервативные методы лечения с полным выздоровлением и благоприятным прогнозом на 10 лет. В отличие от поздних стадий, где исход с сохранением работоспособности после оперативного вмешательства удаётся получить только у половины пациентов.

На сегодняшний день половина населения стран с развитой экономикой имеют избыточный вес, у 15,5% поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа, у 5% он проявляется, но клинически не диагностирован. Диабет является одной из основных причин инвалидности людей. Одну из главных ролей здесь играют осложнения, которые могут возникнуть на фоне этого заболевания. Одно из таких – синдром Лериша. Это хроническая патология обусловленная окклюзией в области бифуркации аорты и подвздошных артерий с нарушением локальных процессов гемодинамики [2]. К 30 годам жизни окклюзия той или иной степени выраженности занимают в среднем 20% поверхности интимы у мужчин и 30% у женщин, тогда как в других сосудах не превышают 4–5% поверх-

ности интимы. [3, с. 9]. Данное заболевание особо опасно, требует ранней диагностики, так как приводит к развитию ранней инвалидности с утратой работоспособности у людей и чревато смертельными осложнениями. Анализ представленных в литературе данных показывает о том, что в 88% случаев проводится оперативное лечение синдрома Лериша, что указывает на недостаточность диагностических критериев для раннего выявления этой патологии [4, с. 10]. Однако традиционные хирургические реконструкции часто ограничены наличием у пациента тяжелой сопутствующей патологии и факторов риска [5, с. 155].

Целью настоящей работы стало изучение особенностей диагностики синдрома Лериша у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Изучение и оценка диагностических критериев синдрома Лериша была проведена среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В исследовании участвовало 50 пациентов (24 женщины и 26 мужчин). Средний возраст около 60 лет. Данные испытуемые

были отобраны по характерным симптомам, жалобам, наличию выраженных осложнений в виде ангиопатий. Был проведен сбор анамнеза, первичный осмотр и назначены лабораторно-инструментальные методы исследований. Данные обработаны с использованием t-критерия Стьюдента с вычислением среднего значения, стандартного отклонения, различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При осмотре в большинстве случаев наблюдалось изменение окраски кожных покровов, атрофия мышц нижних конечностей и снижение кожной температуры у пациентов без некротических осложнений (рис. 1).

Из данных, представленных на рис. 2 отмечено, что у 18% больных сахарным диабетом 2 типа увеличен уровень общего холестерина и ЛПНП, что значительно повышает риск развития атеросклероза. УЗДС артерий нижних конечностей показало, что более половины больных сахарным диабетом 2 типа имеют склеротические изменения стенок артерий.



Рис. 1. Данные проведенного осмотра пациентов с СД 2 типа

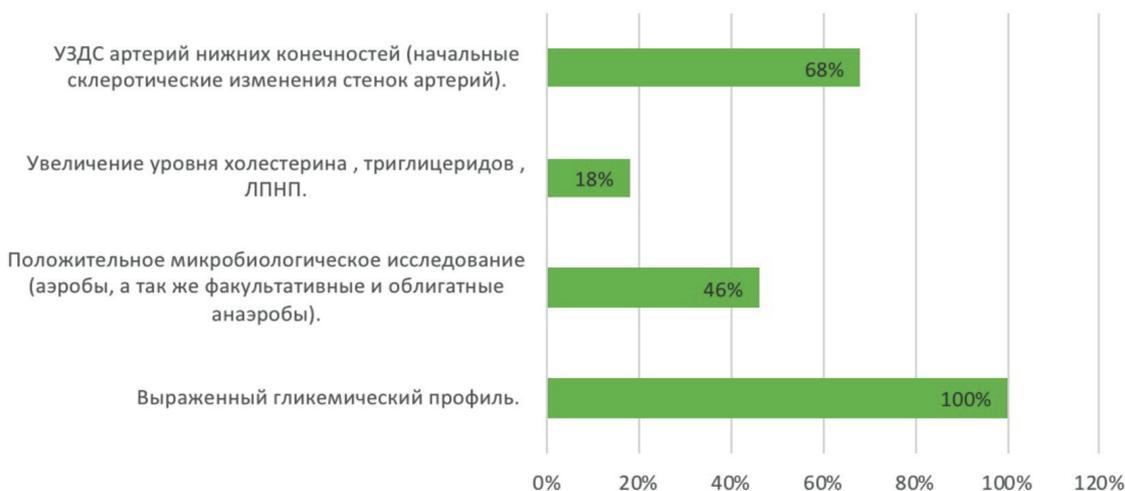
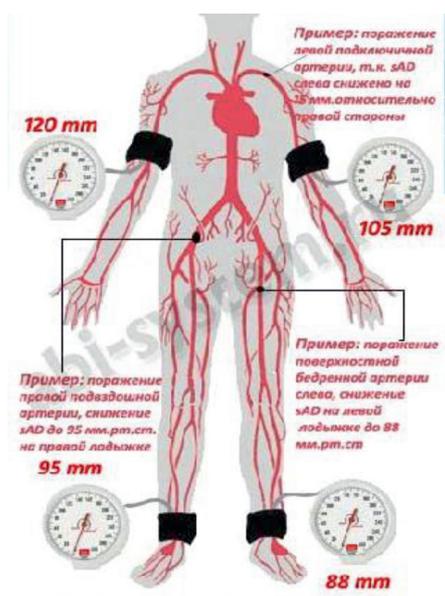


Рис. 2. Анализ лабораторно-инструментальных данных пациентов с СД 2 типа

Данным пациентам был поставлен клинический диагноз в виде синдрома нарушения периферического кровообращения, инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями. А также назначены соответствующие методы лечения. Далее был проведен дополнительный сбор анамнеза у пациентов с ярко выраженными симптомами гиперкератоза, трещин пяточной области и снижении температуры проксимальной части нижних конечностей, а также с повышенным коэффициентом атерогенности (больше 4). Исходя из опроса была выявлена импотенция у 3 мужчин, радикулит у 7 человек, наличие периодических болей в области наружной части бедра (5 человек). На основании полученных данных и дополнительного сбора анамнеза проводили дифференциальную диагностику синдрома Лериша с пояснично-крестцовым радикулитом, облитерирующим эндартериитом, компрессионного стеноза бифуркации аорты.

Была проведена аускультация в области бифуркации аорты, пупочной области, а так же рассчитали лодыжечный индекс. Аускультативно выявили наличие систолического шума в области пупка, а также слабый диастолический шум в области проекции бедренной артерии (у 3 пациентов).

Измерены: Лодыжечно-плечевой индекс. (ЛПИ) Бедренно-плечевой индекс.(БПИ). Отношение артериального давления на лодыжке к артериальному давлению на плечевой артерии. Дополнительно провели измерение артериального давления на бедренной артерии, что так же является функционально важным критерием в диагностике сосудистых нарушений нижних конечностей.



В результате мы получили ЛПИ и БПИ меньше 0,8 у двух пациентов, что свидетельствует о наличии перемежающейся хромоты.

У этих же двух исследуемых(оба мужчины) провели функциональный тест на наличие перемежающейся хромоты. Тест положительный: через 800 шагов появляются боли в икроножных мышцах, ягодичной области и части квадрицепса.

Проведенные дополнительные методы обследования и дифференциальной диагностики показывают наличие начальных проявлений синдрома Лериша у двух пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Дополнительно будет назначена аортография с целью подтверждения диагноза.

Выводы. Исходя из выполненных исследований, мы приходим к тому что соблюдение всех правил диагностики, инструментально-лабораторных методов, а также дополнительных функциональных исследований позволяет более точно определять характер патологии у больных, что гарантирует им своевременное лечение и возможность прожить долгую и счастливую жизнь.

Список литературы

1. Осложнения сахарного диабета: лечение и профилактика / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 480 с.
2. Малая медицинская энциклопедия URL^https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16428/%D0%9B%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%88%D0%B0/
3. Мантров Д.А. Атеросклероз / Д.А. Мантров. – Москва, Издатель: Научная книга, 2009. – 92 с.
4. Результаты эндоваскулярного лечения при синдроме Лериша / И.И. Затевахин и [др.] / Хирургия. – 2011. – С. 10-13.
5. Гуч А.А. Определение показаний к первичному рентгенэндоваскулярному протезированию артерий подвздошно-бедренного сегмента / А.А. Гуч, С.В. Верещагин, В.А. Кондрагиук // Эхография. – 2000. – Т. 1, № 2. – С. 155-158.

БЮГЕЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Костанов Д.Р., Бароян М.А.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск,
e-mail: Kostanovdaniil@mail.ru

Цель каждого стоматолога представляет собой лечение и сохранение собственных зубов, но, к сожалению, это не всегда возможно. Потеря даже одного зуба в случае неправильного ухода, травмы, болезни и других факторов отрицательно сказываются на морфофункциональной деятельности всего зубного ряда, что в дальнейшем опасно деформационными процессами.

Одним из основных видов протезирования зубных рядов в настоящее время остается – протезирование съемными протезами. Сейчас наиболее востребованы бюгельные протезы, они прекрасно справляются со своими функциями – полностью заполняют дефекты зубных рядов, обеспечивают нормальное жевание, предотвращают расшатывание и дальнейшую потерю зубов. Отличаются различными способами фик-