

За период с 2016 по 2025 год в Республиканском центре профпатологии и алергологии проведено 72 экспертизы профессионального характера катаракты. В 4 случаях установлен профессиональный характер заболевания среди электрогазосварщиков, врачей-рентгенологов и рентген-лаборантов, металлургов. В остальных случаях отсутствовали гигиенические предпосылки для формирования профессиональной катаракты или характерные признаки профессиональной катаракты.

Катаракта не только снижает качество жизни, но и приводит к экономическим потерям из-за временной или постоянной утраты трудоспособности, создает риск производственного травматизма. Это создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения и социальное обеспечение. Применение средств индивидуальной защиты и регулярное медицинское обследование могут помочь в раннем выявлении и предотвращении развития катаракты. Из методов профилактики рекомендуется внедрение комплексных профилактических программ, включающих использование средств индивидуальной защиты, проведение обязательных медицинских осмотров и повышение осведомленности работников о рисках, правильный гигиенический режим, чередование труда и отдыха, регламентированные перерывы, а также обеспечение лечебно-профилактическим питанием и профилактическая витаминизация. В лечении профессиональной катаракты следует применять современные методы. Работодатели обязаны обеспечить своих сотрудников средствами индивидуальной защиты, такими как очки, щитки со специальными фильтрами, создать условия труда, минимизирующие воздействие вредных факторов на орган зрения.

Профессиональная катаракта – это не только медицинская проблема, но социальная, требующая комплексного подхода к ее решению. Совместные усилия нанимателя, работника и врача позволят значительно снизить заболеваемость катарактой, риски производственного травматизма и продлить активное трудовое долголетие работников, подвергающихся производственным рискам.

---

Чур Н.Н., Шкода М.В., Казущик В.Л., Володкович Н.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## **РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Введение.** Анализом анамнеза, приблизительно равных показателей лодыжечно-плечевого индекса, доплерографии, сосудистого статуса (уровень окклюзии) у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС), выявлены значительные отличия между собой по продолжительности ходьбы, возникающей до появления болевого синдрома.

---

Непонятно противоречие – адекватно и правильно выполненная реваскуляризация не приводит к увеличению безболевого ходьбы. Эти два признака-противоречия являются препонами для решения вопроса в ангиохирургии: из-чего не восстанавливается функциональное состояние пациента, а эффективность операции существенно не значима. Реперфузия ишемизированных тканей в дооперационном периоде, являясь необходимой для предупреждения развития необратимых изменений, после реваскуляризации вызывает ответную реакцию в микрососудах, подобную процессам воспаления. При этом происходит повышение продукции активных форм кислорода и медиаторов воспаления, а также усиливается адгезия лейкоцитов и тромбоцитов к эндотелию сосудов. Весь этот механизм и является причиной не только функциональной перестройки тканей, но и их гибели. Отсюда, реперфузионный синдром – совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях.

**Цель.** Определить лечебную тактику послеоперационного ведения пациентов с реперфузионным синдромом.

**Материалы и методы.** В центре «Диабетическая стопа» г. Минска были оперированы 253 пациента с нейроишемической формой (НИФ) СДС, которым выполнялась реваскуляризация конечностей различными известными на сегодняшний день методами: гибридные операции, то есть сочетание РЭВ и открытых вмешательств на артериях (n=60 – 23,7%); дистальные аутовенозные бедренно-берцовое и подколенно-берцовое шунтирования (n=73 – 28,9%); стопные, или ультрадистальные шунтирования (n=22 – 8,7%) и транслюминальные ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей (n=98 – 38,7%).

Реперфузионный синдром различной степени тяжести клинически верифицирован среди 36 пациентов (23,2%) после открытых реконструкций и у 10 (10,2%) при транслюминальных ангиопластиках и стентированиях. Всем пациентам для исключения возможного флелотромбоза выполнялась УЗДГ.

На первых этапах исследования с целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения послеоперационного осложнения – нами применялась схема которая заключалась в следующем: антикоагулянты со стандартным применением; пентоксифиллин 0,08% – 250 мл раствора (трентал) в течение 7–9 дней внутривенно капельно; нейропротектор; антиоксидантный комплекс; флеботоники (детралекс, нормовен), использование эластических бинтов и компрессионного трикотажа (Relaxsan). Прием антиоксидантного комплекса осуществлялся по 2 дозы в течение 7 дней внутрь и представлял собой набор витаминов. 1 доза антиоксидантного комплекса составляет: кислоты аскорбиновой 4 таблетки (2 г), ретинола ацетата – 3 капсулы (99 000 МЕ), альфа-токоферола ацетата – 3 капсулы (300 мг). Нейропротектор (тиоктовая кислота) назначалась следующим образом: 600 мг внутривенно на 200,0 раствора NaCl 0,9% в течение 13 дней. Такая схема применялась у 25 пациентов, которые и образовали контрольную группу.

В дальнейшем к вышеуказанному комплексу лечения реперфузионного синдрома был добавлен препарат L-лизина эсцинат по 5 мл препарата внутривенно в разведении 50 мл 0,9% раствора хлорида натрия в течение 10 дней. Усовершенствованная схема была апробирована на 21 пациенте (основная группа).

Контроль за результатами лечения проводился при нахождении пациентов в стационаре (не менее 2 недель) до выписки, а также в амбулаторных условиях (один раз в неделю). Помимо замеров периметра голей в нижней и средней третях, учитывались субъективные ощущения пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Основными симптомами реперфузионного синдрома были: отсутствие увеличения безболевого ходьбы при условии адекватного восстановления магистрального кровотока, а также выраженные, долго не проходящие отеки стоп и голей оперированных конечностей. Субъективно это проявлялось умеренной болью, ощущением тяжести и дискомфорта в конечности. Более часто реперфузионный синдром развивался среди пациентов после открытой реконструкции по сравнению с ангиопластикой и стентированием. В первую очередь это касалось пациентов, у которых в качестве метода реконструкции выполнялось аутовенозное шунтирование «in situ». Предполагаем, что данная реакция обусловлена особенностями строения эндотелиоцитов венозной системы и их функционированием в условиях артериального кровотока.

Как оказалось, полное исчезновение отеков голени у пациентов контрольной группы составило  $84,1 \pm 9,3$  дней, а в основной (дополнительно был назначен L-лизин эсцинат) –  $69,6 \pm 7,9$  дней. Увеличилась и длительность безболевого ходьбы за этот период времени на 18,7% и 26,8% в соответствующих группах.

**Выводы.** Реперфузионный синдром является довольно частым осложнением реконструктивных вмешательств на артериях у пациентов с критической ишемией нижних конечностей при СДС и требует пристального внимания. Введение в комплекс лечения препарата L-лизин эсцината может оказаться весьма перспективным, что обуславливает необходимость дополнительного изучения.

---

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»  
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию  
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

**(Минск, 22 мая 2025 года)**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025