5. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011) / И. С. Палагин [и др.] // Клиническая микробиологи и антимикробная химиотерапия. — 2012. — Т. 14, № 4. — С. 280–303.

6. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов: Российские национальные рекомендации / Т. С. Перепанов [и др.]; под общ. ред. Т. С. Перепанова — М.: ООО Прима-принт, 2013. — С. 64.

7. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy / K. G. Naber [et al.] // Eur Urol. — 2008. — Vol. 54, № 5. — P. 1164–1178.

8. *Жебентяев, А. А.* Инфекции органов мочеполовой системы: учеб. пособие / А. А. Жебентяев. — Витебск: Изд-во ВГМУ, 2009. — С. 13.

9. *Князюк, А. С.* Оценка микробного пейзажа при циститах / А. С. Князюк // III Съезд ОО «Белорусская ассоциация урологов»: матер. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 26 окт. 2018 г. — Минск, 2018. — С. 61–63.

УДК 616.379 – 008.64 – 089.873

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Сильвистрович В. И., Клапкова Т. Н., Калоша В. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *А. А. Лызиков*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день в мире около 422 млн взрослого населения страдает сахарным диабетом (СД) и с каждым годом отмечается рост количества пациентов [1, 2]. В Республике Беларусь с каждым годом число пациентов с СД увеличивается на 5–7 %, а каждые 10–15 лет — возрастает в 2 раза [3, 4]. Сахарный диабет — одна из основных причин инвалидизации и преждевременной смертности [5, 6].

Облитерирующий атеросклероз относится к числу наиболее опасных осложнений СД, определяющих высокий риск ампутаций нижних конечностей. СД увеличивает риск развития облитерирующего атеросклероза периферических артерий в 3–4 раза. Критическая ишемия нижних конечностей в 5 раз чаще встречается у больных СД [10].

До 90 % всех ампутаций выполняется по поводу ишемической гангрены нижних конечностей и развившихся гнойно-некротических осложнений. Нетравматические ампутации, как следствие окклюзионных заболеваний артерий нижних конечностей даже у лиц моложе 45 лет, занимают второе место в структуре инвалидности, уступая лишь последствиям травм [7, 8, 9].

Цель

Изучить социально-демографические характеристики пациентов с нейроишемической формой СДС с высоким риском ампутации конечности.

Материал и методы исследования

Объектом нашего исследования были 329 пациентов с подтвержденной инструментально (ультразвуковое исследование, КТ-ангиография) нейроишемической формой СДС, находящихся на лечении в Гомельском областном центре диабетической стопы в 2015 и 2018 гг. Исследование проводилось ретроспективно с использованием историй болезни пациентов, а также поддерживалась связь с пациентами и их законными представителями для получения дополнительной информации о состоянии здоровья пациента. Учитывались такие показатели, как пол, возраст, место жительства, трудоспособ-

Репозиторий ГомГМУ

ность, наличие вредных привычек (курение), стадия и тип сахарного диабета, длительность заболевания СД, наличие сопутствующей патологии, выполнение высокой ампутации. Распределение по полу среди пациентов оказалось практически одинаковым с небольшим преобладанием количества мужчин — 177 (53,8 %) человек, женщины составили 46,2 % (152 человека). Жителей города оказалось 262 (79,6 %), села — 67 (20,3 %). Распределение по возрасту следующее: до 50 лет — 86 (26,1 %) пациентов, 50–60 лет — 98 (29,8 %) пациентов, старше 60 лет — 145 (44 %). Наличие сопутствующей патологии выявлено у 155 (47 %) пациентов. Среди них с нарушением сердечного ритма — 76 (49 %) пациентов, ОНМК в анамнезе — у 25 (16 %) пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе — у 54 (35 %) пациентов. С СД 1-го типа — 13 (4 %) пациентов, с СД 2-го типа — 316 (96 %) пациентов. Болели СД до 5 лет 28 (8,5 %) человек, от 5 до 15 лет — 281 (85,4 %) пациент, более 15 лет — 20 (6,1 %) пациентов. Стадия компенсации сахарного диабета выявлена у 15 (4,5 %) пациентов, субкомпенсация — у 240 (72,9 %) пациентов, декомпенсации — у 74 (22,5 %) пациентов. Наличие вредных привычек — у 182 (55,3 %) пациентов (25 (13,7 %) женщин и 157 (86,2 %) мужчин).

Результаты исследования и их обсуждение

В период времени с 2015 по 2018 гг. высокие ампутации выполнены 64 (19,4 %) пациентам. Распределение по полу среди пациентов оказалось абсолютно одинаковым — по 32 человека. Жителей города оказалось 52 (81,2 %), села — 12 (18,8 %). Распределение по возрасту следующее: до 50 лет — 2 (3,2 %) пациента, 50–60 лет — 31 (48,4 %) пациентов, старше 60 лет — 31 (48,4 %) пациент. Наличие сопутствующей патологии выявлено у всех пациентов, которым выполнена высокая ампутация. Страдали СД 1-го типа 2 пациента (3,2 %, средний возраст 50 лет), 2-го типа — 62 пациента (96,8 %, средний возраст 67,9 лет). Длительность заболевания до 5 лет у 2 (3,2 %) пациентов, от 5 до 15 лет — у 28 (43,7 %) пациентов, более 15 лет — у 34 (53,1 %) пациентов. Стадия компенсации сахарного диабета выявлена у 11 (17,2 %) пациентов, субкомпенсация — у 21 (32,8 %) пациента, декомпенсации — у 32 (50 %) пациентов. Наличие вредных привычек — у 27 (42,2 %) мужчин и 10 (15,6 %) женщин.

Выводы

В результате исследования был получен следующий социально-демографический портрет пациента с нейроишемической формой СДС с высоким риском ампутации нижней конечности: житель города, старше 67 лет, страдающий СД 2-го типа в стадии субкомпенсации или декомпенсации и длительностью заболевания более 5 лет, страдающий тяжелой сопутствующей патологией, курящий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (WHO/NCD/NCS/99.2). — Geneva: World Health Organization, 1999.

2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 populationbased studies with 4*4 million participants // Lancet. — 2016; published online April 7. — http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(16)00618-8.

3. *Смирнова, О. М.* Показатели перекисного окисления липидов и активность антиоксидантных ферментов в лимфоцитах периферической крови при дебюте ИЗСД / О. М. Смирнова, В. А. Горелышева // Сахар. диабет. — 1999. — № 2. — С. 7–9.

4. *Гришин, И. Н.* Синдром диабетической стопы / И. Н. Гришин, Н. Н. Чур; Белорус. акад. мед. наук. — Минск: Хата, 2000. — 172 с.

5. Resolution 66/2. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. In Sixty-sixth session of the United Nations General Assembly. New York: United Nations; 2011.

6. WHO Mortality Database [online database]. Geneva: World Health Organization. — http://apps.who.int/ healthinfo/ statistics/mortality/causeofdeath_query/, accessed 12 January 2016.

7. Атлас для врачей-эндокринологов: синдром диабетической стопы / Н. Б. Анциферов [и др.]. — М.: Папаша Гризли, 2002. — 80 с.

Репозиторий ГомГМУ

8. Diabetic peripheral neuropathic pain: clinical and quality-of-life issues / C. E. Argoff [et al.] // Mayo Clin. Proc. — 2006 Apr. — Vol. 81, № 4. — Suppl. — P. 3–11.

9. *Анциферов, М. Б.* Синдром диабетической стопы / М. Б. Анциферов, Г. Р. Галстян // Сахар. диабет. — 2001. — № 2. — С. 2–8.

10. Лечебный плазмаферез в коррекции реологических и гемокоагуляционных нарушений при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета / Р. З. Лосев [и др.] // Традиционные и новые направления сосудистой хирургии: сб. науч. работ. — Челябинск, 2004. — С. 153–156.

УДК 616.718.7/.9-007.248-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО

Сильвистрович В. И., Плодунова А. С., Кутько О. П.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *А. А. Лызиков*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Диабетическая остеоартропатия Шарко (ДОАПШ) является редким и крайне тяжелым осложнением сахарного диабета (СД), которое при неадекватном лечении приводит к необратимой инвалидизации. Распространенность ДОАПШ среди больных СД составляет менее 1 %, однако по данным различных источников поражение костной ткани стоп встречается у 0,1–55 % больных. [1].

Согласно международному соглашению по диабетической стопе 1999 г. ДОАПШ — это неинфекционная деструкция костей и суставов стоп, ассоциированная с диабетической нейропатией [2]. Незначительное по силе внешнее воздействие приводит к переломам костей, подвывихам и вывихам в суставах, что усугубляется отсутствием болевой чувствительности. Пациент продолжает опираться на поврежденную конечность, что приводит к вовлечению в процесс новых костей и суставов, способствует возникновению трофических язв, абсцессов, флегмон, остеомиелита и других гнойно-септических осложнений, что может служить показанием к ампутации конечности [3].

Цель

Изучить виды оперативных вмешательств, выполняемых для коррекции стопы Шарко, а также оценить риск ампутации после хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено ретроспективно путем анализа 50 историй болезней пациентов, проходивших лечение в Гомельском областном центре диабетической стопы (ГОЦДС) на базе хирургического отделения № 3 Гомельской городской клинической больницы № 3. Распределение по полу следующее: 18 (36 %) женщин и 32 (64 %) мужчины. Возраст пациентов составил от 26 до 75 лет (медиана 56,5 лет). Сахарным диабетом 1 типа страдали 15 пациентов (30 %, средний возраст 37,5 лет), СД 2 типа — 35 пациентов (70 %, средний возраст 49,6 лет). Длительность заболевания у пациентов составила от 1 до 40 лет (медиана 12,5 лет).

Результаты исследования и их обсуждение

Прооперированы 35 (70 %) пациентов. Использовались следующие оперативные методы: коррекция с использованием аппарата внешней фиксации (Илизарова) у 2 (5,7 %) пациентов, фиксация пластиной — у 1 (2,9 %) пациента, фиксация шурупами — у 4 (11,4 %) пациентов, фиксация спицами с их последующим погружением под кожу — у 5 (14,3 %) пациентов, фиксация спицами с их оставлением над кожей — у 20 (57 %) па-

Репозиторий ГомГМУ