

### Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе ГКБ № 3. Были изучено 129 стационарных карт пациентов с диагнозом СДС за 2019 г.

### Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы стационарные карты 129 пациентов с диагнозом СДС из которых 106 пациентов было прооперировано. Степень компенсированности СД оценивалась по гликированному гемоглобину. Было сформировано две группы по степени компенсированности СД: субкомпенсированный СД (ССД) и декомпенсированный СД (ДСД). Пациентов с компенсированным СД не было в данной выборке. Из прооперированных пациентов было 88 пациентов с нейроишемической формой (НИФ) СДС, 18 с нейропатической формой (НПФ). Продолжительность послеоперационного периода в койко-днях в зависимости от формы СДС, вида СД и компенсированности СД представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Средняя продолжительность послеоперационного периода у пациентов с СДС

Форма СДС	Пациенты с СД 1 типа, n = 20		Пациенты с СД 2 типа, n = 86	
	ССД, n = 7	ДСД, n = 13	ССД, n = 23	ДСД, n = 63
НИФ	7 дн.	12 дн.	8 дн.	14 дн.
НПФ	6 дн.	10 дн.	6 дн.	12 дн.

Из таблицы 1 видно, при НИФ СДС у пациентов с СД1 типа среднее количество койко-дней в послеоперационном периоде при ССД и ДСД равны 7 и 12 дней соответственно. У пациентов того же типа СД при НПФ длительность пребывания в стационаре после операции составила 6 и 10 дней при ССД и ДСД соответственно. У пациентов с СД 2 типа среднее количество койко-дней в послеоперационном периоде составило при ССД 8 дней; при ДСД — 14 дней. У пациентов с ССД со вторым типом СД продолжительность послеоперационного нахождения в стационаре составила 6 дней; у пациентов с ДСД — 12 дней.

### Выводы

В ходе проведенного исследования было выявлено, что продолжительность послеоперационного периода у пациентов с СД 2 типа больше, чем у пациентов с СД 1 типа. Также, компенсированность сахарного диабета увеличивала срок пребывания в стационаре в послеоперационном периоде: пациенты с ДСД находились в стационаре дольше. Помимо этого, форма СДС также влияла на продолжительность послеоперационного периода: пациенты с НИФ СДС находились в стационаре дольше, чем пациенты с НПФ СДС.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерцева, Ю. П. Синдром диабетической стопы: этиология, патогенез, классификация и лечение / Ю. П. Белозерцева, П. П. Курлаев, В. А. Гриценко // Человек и его здоровье. — 2016. — № 1. — С. 69–78.
2. Грачева, Т. В. Качество жизни пациентов в отдаленные сроки после хирургического лечения осложненных форм синдрома диабетической стопы: научное издание / Т. В. Грачева, Е. Ю. Левчик // Вестник хирургии. — 2010. — № 3. — С. 29–33.

УДК 616.379-008.64:617.586]-055

## ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТ ФОРМЫ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Губко А. Ю., Потрубейко В. А., Бибкин А. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Многие пациенты, страдающие сахарным диабетом (СД), живут полноценной жизнью, однако проблема инвалидизации больных приобретает все более

возрастающее значение [2]. Одной из наиболее частых причин снижения качества жизни пациентов, страдающих сахарным диабетом, является синдром диабетической стопы (СДС). СДС представляет собой патологическое состояние стоп при сахарном диабете, связанное с поражением периферических нервов, сосудов, костей, кожи и мягких тканей стопы, приводящее к развитию острых и хронических язв, а также инфекционно-некротических процессов [1].

### Цель

Проанализировать структуру синдрома диабетической стопы в зависимости от клинической формы и гендерных различий.

### Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе ГКБ № 3. Были изучено 129 стационарных карт пациентов с диагнозом СДС за 2019 г. Была создана электронная база данных. Произведен статистический анализ произведен при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2013» и «Statistica» 10.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы стационарные карты 129 пациентов в возрастном диапазоне от 45 до 77 лет с диагнозом СДС. Средний возраст мужчин 59,69 ( $\pm 5,90$ ) лет, средний возраст женщин 60,56 ( $\pm 8,24$ ) лет. Количественная и качественная структура пациентов с СДС в зависимости от половой принадлежности представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов с СДС

Пол пациентов	Количество пациентов	Средний возраст, лет	Количество пациентов с СД1	Количество пациентов с СД2
Мужчины	88 (68,2 %)	59,69 ( $\pm 5,90$ )	15 (17,04 %)	73 (82,96 %)
Женщины	41 (31,8 %)	60,56 ( $\pm 8,24$ )	10 (24,39 %)	31 (75,61 %)

Статистически достоверных отличий в возрасте мужчин и женщин выявлено не было. Следует отметить, что в исследуемой группе пациентов с СДС отмечено значительное преобладание мужчины — 68,2 %, которое в два раза превышало количество женщин — 31,8 %. СД 2 типа преобладал и у мужчин, и у женщин ( $p = 0,001$ ).

Был проведен анализ полученного материала с учетом клинических форм СДС: нейроишемическая (НИФ) и нейропатическая (НПФ) в зависимости от пола, возраста и типа СД. Структура видов СДС представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Структура видов СДС

Вид СДС	Количество пациентов	Мужской пол	Женский пол	Возраст, лет	СД1	СД2
НИФ	104 (82,62 %)	72 (69,24 %)	32 (30,76 %)	60,25 (5,52)	10 (9,62 %)	94 (90,38 %)
НПФ	25 (19,38 %)	15 (60 %)	10 (40 %)	58,76 (3,35)	15 (60 %)	10 (40 %)

Среди госпитализированных пациентов отмечено преобладание пациентов мужского пола как НИФ, так и с НПФ. Значительное количество пациентов поступили в отделение с НИФ, что связано с развитием трофических нарушений мягких тканей, обусловленных не только нейропатией, но и поражением магистрального сосудистого русла, что требует комплексного лечения в стационарных условиях. При анализе полученных результатов отмечено преобладание НИФ у пациентов с СД2 — и у мужчин и у женщин, в то время как НПФ преобладала у пациентов с СД1. Статистически значимого различия в возрасте у пациентов с НИФ и НПФ не отмечено.

## **Выводы**

СДС является одним из грозных осложнений СД у лиц пожилого возраста. У госпитализируемых пациентов, среди которых преимущественно мужчины с СД2, наиболее часто (82,6 %) отмечается нейроишемическая форма СДС. Нейропатическая форма СДС, требующая госпитализации, чаще отмечена у пациентов с СД1 (60 %).

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Диабетическая нейропатия: Патогенез, диагностика, классификация, прогностическое значение, лечение / М. И. Балаболкин [и др.]. — М.: Экспертиза, 2015. — С. 110.
2. Белозерцева, Ю. П. Синдром диабетической стопы: этиология, патогенез, классификация и лечение / Ю. П. Белозерцева, П. П. Курлаев, В. А. Гриценко // Человек и его здоровье. — 2016. — № 1. — С. 69–78.

**УДК 616.34-005.1-089-036.8**

## **СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

*Гугешавили Г. Т., Коцуба В. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

По данным литературы, частота развития кишечных кровотечений составляет 60 случаев на 100 тыс. населения. Несмотря на современные достижения в области хирургии, эндоскопии, реаниматологии летальность при острых кишечных кровотечениях остается высокой, составляя 10 %, а при рецидивах достигая 40–60 % [1]. Одна из главных причин высокой летальности — поздняя госпитализация пациентов. Так, при госпитализации пациентов до часа от начала кровотечения, смертность составляет 3 %, тогда как в случае госпитализации после 24 ч этот показатель увеличивается до 30 % [2].

## **Цель**

Изучить нозологическую структуру и результаты хирургического лечения пациентов с заболеваниями, осложненными кишечными кровотечениями.

## **Материал и методы исследования**

Методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 51 пациента с заболеваниями, осложненными кишечными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях № 1 и № 2 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 01.01.2020 по 30.09.2020 гг.

Полученный в ходе исследования материал был обработан при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ). Статистическая обработка данных между различными выборочными совокупностями проводилась методом вариационной статистики Фишера-Стьюдента. Достоверность отличий лабораторных показателей до и после начала лечения оценивали с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона. Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

## **Результаты исследования и их обсуждение**

По полу пациенты распределились следующим образом: 20 (39,3%) мужчин и 31 (60,7 %) женщина. Возраст был от 45 до 90 лет, среднее значение составило  $72,5 \pm 9,8$  лет.