

степень — эта закономерность отмечена у группы пациентов, где имелся стеноз сонных артерий на стороне КИНК.

Выводы

1. Всем пациентам с критической ишемией нижних конечностей и выявленным гемодинамически значимым стенозом сонных артерий необходимо выполнять ультразвуковое исследование артерий брахиоцефального ствола пациентам старше 40 лет с целью выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий, с последующим выполнением каротидной эндартерэктомии с целью профилактики развития ОНМК в послеоперационном периоде.

2. На сегодняшний день протоколов по диагностике и лечению сочетанного поражения артерий шеи и критической ишемии нижних конечностей нет, что требует динамического изучения данной проблемы и предложения вариантов лечения данной патологии.

3. Для определения четкой тактики хирургического лечения пациентов с критической ишемией и времени выполнения второго этапа хирургического лечения — реваскуляризации артерий нижних конечностей, необходимо провести многоцентровые рандомизированные исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев, В. С. Сосудистая хирургия: Национальное руководство. Краткое издание / В. С. Савельев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 464 с.
2. Catalano, M. Epidemiology of critical limb ischaemia: North Italian data / M. Catalano // Eur J Med. — 1993. — № 2. — P. 11-14.
3. Клиническая ангиология: рук-во для врачей: в 2 т. / А. В. Покровский [и др.]. — М.: Медицина, 2004. — № 1. — P. 808.
4. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. — 2011. — Nov: 32(22). — P. 2851-2906.
5. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. — М., 2019.
6. Бондаренко, С. В. Реконструктивная хирургия брахиоцефальных артерий у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском / С. В. Бондаренко, В. Ю. Гришечкин // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XI Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 2-3 мая 2019 г.: в 8 т. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2019. — Т. 8. — С. 9-10.

УДК 616.379-008.64:617.586]-089.168.1

ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И КОМПЕНСИРОВАННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

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

Синдром диабетической стопы (СДС) является тяжелым осложнением сахарного диабета (СД), относящийся к поздним последствиям СД [1]. При СДС наблюдаются гнойно-некротические и язвенные поражение поверхностных тканей, а также костно-суставные поражения. СДС является основной причиной, приводящей к инвалидизации пациентов с СД вследствие ампутации [2].

Цель

Выявить продолжительность послеоперационного периода у пациентов с СДС в зависимости от ее формы и компенсированности СД.

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