

пы на частоту рецидивирования, риск повторных ампутаций и выживаемость. Инфекции в хирургии 2009; 4: 41 – 46.

3. Митиш В.А., Пасхалова Ю.С., Ерошкин И.А. и др. Гнойно-некротические поражения при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Хирургия 2014; 1: 48-53 с.

КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

*Дубровщик О.И., Хильмончик И.В., Шевчук Д.А., Жук Д.А.,
Живушко Д.Р.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Ишемические поражения нижних конечностей при облитерирующем атеросклерозе и диабетической макро- и микроангиопатии занимают важное место в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости. Распространенность этого заболевания среди населения старше 50 лет составляет 5-8%, а при наличии таких факторов риска, как гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия или сахарный диабет достигает 30%. У 50% пациентов заболевание может протекать длительное время бессимптомно, 40% страдают от перемежающейся хромоты, у 5-10% развивается критическая ишемия нижних конечностей (КИНК). Прогрессирование КИНК приводит к ампутации нижней конечности, инвалидизации пациентов с той же частотой, что и 30 лет назад. Несмотря на широкое и бурное развитие сосудистой хирургии, за последние три десятилетия, внедрение новых технологий в лечении КИНК (эндоваскулярная ангиопластика, стентирование) проблема снижения инвалидизации и нетрудоспособности по-прежнему относится к числу приоритетных, так как при наличии КИНК без коррекции артериального кровотока частота больших ампутаций составляет 70-90%, летальность после которых достигает 60-70% [1]. Актуальность проблемы также обусловлена тем, что число пациентов, которым возможно выполнить реконструктивную сосудистую операцию на магистральных артериях нижних конечностей из-за постоянного прогрессирования КИНК, снижается до 20-40%. [2]. Общее количество хирургических вмешательств на сосудах, выполненных в специализированном областном сосудистом отделении в Гродненском регионе, невелико. Таким образом, следует отметить, что течение КИНК неуклонно прогрессирует, чему способствует в значительной степени бессистемное и несвоевременное лечение или начало лечения в поздние стадии заболевания. В результате из года в год возрастает степень инвалидизации у этих пациентов. Степень тяжести течения артериальной недостаточности быстро нарастает, вплоть до развития гангрены и только тогда машиной скорой медицинской помощи больные впервые доставляются в стационар, что представляет эту проблему социально значимой, тем более, что подавляющее большинство пациентов трудоспособного возраста. Уровень материальных затрат на лечение пациентов с сосудистой патологией, как со стороны государства, так и личных средств

пациентов весьма высок, а результаты лечения не удовлетворяют ни хирургов стационара, ни поликлиник, что диктует необходимость совершенствования организационных вопросов профилактики и лечения пациентов с КИНК, которые в настоящее время не всегда являются оптимальными.

Цель. Определение возможных путей улучшения результатов лечения пациентов с КИНК, обсуждение организационных вопросов снижения инвалидизации и нетрудоспособности этой категории больных.

Материалы и методы. Статья основана на результатах обследования и комплексного консервативного и хирургического лечения 1350 пациентов с КИНК, госпитализированных в клинику общей хирургии на базе УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с 2011 по 2013 гг. Мужчин было 1077 (79,8%), женщин – 273 (20,2%), средний возраст составил $52,8 \pm 9,7$ лет. Длительность заболевания КИНК у 34% пациентов составляла менее 3-х лет, у 29,8% от 3 до 5 лет, у 16,1% от 5 до 10 и более 10 лет у 20,1%. С осложненными формами КИНК лечилось 670 (49,6%) пациентов. Всем пациентам выполнено дуплексное сканирование и реовазография сосудов нижних конечностей, по показаниям – рентгенография стопы, определение лодыжечно-плечевого индекса (рац. предложение № 7 от 11.11.2014 г.) для определения показаний к реваскуляризации дистальных отделов артериального русла. Настораживают и подтверждают актуальность и социальную значимость проблемы количество госпитализированных пациентов с осложненными формами КИНК.

Результаты и их обсуждение. В стационаре всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение, включающее воздействие на регионарный кровоток и организм в целом, всеми доступными в клинике методами: фармакотерапия, физиотерапия, квантовая терапия (УФО-крови, ВЛОК), плазмаферез, ГБО, ЛФК, строгое соблюдение диеты, отказ от курения. На фоне проводимого комплексного консервативного лечения у 670 (49,6%) пациентов выполнялись, в различные сроки, оперативные вмешательства. При анализе результатов оперативного лечения осложненных форм КИНК установлено, что у 264 (39,4%) пациентов выполнены оперативные вмешательства в объеме экзартикуляции, резекции и ампутации пальцев стоп, ампутации стопы, из них при КИНК, обусловленной облитерирующим атеросклерозом у 94 (35,6%) и при диабетической ангиопатии у 170 (64,4%). Высокие ампутации выполнены у 190 (28,4%) пациентов. За 3 года у 5 пациентов в связи с прогрессированием КИНК по экстренным показаниям произведена ампутация контрлатеральной единственной нижней конечности. Еще в 2 случаях в связи с прогрессированием некроза ран культы проводилась реампутация. После высоких ампутаций умерло 28 пациентов летальность (14,7%). У 216 (32,2%) пациентов выполнены этапные некрэктомии, вскрытие флегмон и гнойных затеков на тыл и подошву стопы. Очевидно объективное возрастание количества пациентов с КИНК, госпитализированных с осложненными формами, нарастает и степень тяжести артериальной недостаточности, и, как следствие, увеличение с 22,7% (2007г.) до 28,4% (2013г.) количества выполняемых

высоких ампутаций нижних конечностей, следовательно, возрастает инвалидизация и нетрудоспособность пациентов с данной патологией.

Выводы. Оптимизация и повышение эффективности проводимых диагностических и лечебных мероприятий с целью снижения нетрудоспособности и инвалидизации пациентов с КИНК может быть достигнута четкой организацией диспансерного контроля за этими пациентами. Абсолютно все пациенты должны наблюдаться в амбулаторных лечебных учреждениях, где пациентам с неосложненными формами КИНК должно проводиться лечение, врач поликлиники должен нести ответственность за своевременность проведения курсов лечения. Именно к нему для наблюдения возвращаются пациенты из стационара и стекается вся необходимая диагностическая информация и рекомендации других специалистов. Задачей диспансерного контроля за пациентами КИНК является проведение, с учетом современных возможностей диагностики и лечения, контроля динамики течения заболевания. В результате повысится качество жизни пациентов, снизится число случаев инвалидизации и нетрудоспособности, будут своевременно диагностированы тяжелые формы болезни и не будут упущены возможности своевременного начала лечения, будет обеспечена его непрерывность, что возможно и определит дальнейший прогноз заболевания, снизится летальность и финансовые затраты на лечение таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Спиридонов А.А., Абалмасов К.Г. и др. Микрохирургия при поражении артерий дистального русла нижней конечности: Методическое пособие. М:НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2004; 55.
2. Дибиров М.Д., Брискин Б.С., Хамитов Ф.Ф. и др. Роль реконструктивных сосудистых операций у больных диабетической ангиопатией. Хирургия. 2009 Т. 2. – С. 59 – 63.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА: ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКО КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНЕ

Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Цилиндзь И.Т., Еременко М.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

АКТУАЛЬНОСТЬ. Вопросы совершенствования и внедрения в учебный процесс современных прогрессивных технологий приобретают особую актуальность в настоящее время, когда человечество вступило в третье тысячелетие и несмотря на несомненный прогресс медицины в целом, а хирургии в частности, необходимо решать ряд насущных проблем и новых задач в здравоохранении. Для подготовки современных специалистов к профессиональной деятельности недостаточно проводить обучение только по основным дисциплинам, предусматривающее целенаправленное приобретение теоретических знаний, закрепление и использование полученных знаний, навыков и умений на практике. Не менее важное значение имеет формирование у будущих врачей исследовательского стиля мышления, навыков самостоятельной творческой работы, которые являются важнейшими факторами