

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Суров А.Н.,  
Живушко Д.Р., Жук Д.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Городская клиническая больница №4», Гродно, Беларусь*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) наряду с другими хроническими соматическими заболеваниями создает многочисленные психологические преграды (Maguire & Haddad, 1996). Круг возможных отдаленных исходов СД очень широк, начиная от незначительных соматических осложнений и заканчивая слепотой, ампутацией конечностей, почечной недостаточностью и нейропатической болью. Одним из угрожающих жизни пациента осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), под которым понимается «инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, вызванная неврологическими нарушениями или снижением артериального кровотока в нижних конечностях» [1]. По данным ВОЗ, на сегодняшний день в мире насчитывается более 150 миллионов больных СД и примерно такое же количество больных, диабет у которых не выявлен. Считается, что каждые 10-15 лет количество больных СД удваивается. В Республике Беларусь на конец 2012 года состоит на учете 237 000 больных, а впервые выявленный СД только за последний год в Гродно составил 972 человека. У этой категории пациентов основная причина смертности (от 50 до 80%) – сердечно-сосудистые осложнения, гангрены, большие и малые ампутации, риск которых, по сравнению с другими причинами ампутаций, возрастает в 3–4 раза. Согласно современным данным, в мире каждый час выполняется 55 ампутаций нижних конечностей у больных СД. И это делает СД и его осложнения острой медико-социальной проблемой здравоохранения многих стран мира и Республики Беларусь. Течение СДС неуклонно прогрессирует, чему в значительной мере способствует развитие безболезненных язв, нарушение регионарного кровотока стоп, и особенно тот факт, что пациенты

долгое время не обращают внимания на развивающиеся патологические местные изменения, которые заметно прогрессируют и приводят к таким осложнениям, как абсцессы, флегмоны и, в конечном итоге, гангрене конечности. И только при развитии тяжелых стадий критической ишемии нижних конечностей, которые угрожают жизни пациента, они обращаются за медицинской помощью и единственным способом спасения жизни таких пациентов является ампутация конечности, зачастую на уровне бедра. Данные последних исследований подтверждают, что у людей, страдающих СД, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств из-за развивающейся энцефалопатии, частые смены настроения и поведения из-за страданий, причиняемых болезнью и особенно инвалидизацией из-за потери конечности. Степень социальной несостоятельности зависит скорее от того, насколько серьезно человек воспринимает свое состояние, а не в соответствии со степенью серьезности, воспринимаемой врачами. И все-таки пациенты намного больше ценят спасение ноги, если это удастся хирургам, чем блестяще выполненную ампутацию. И это требует от хирургов применения всех возможных методов комплексного, почти всегда интенсивного консервативного лечения, в том числе и с применением этапных оперативных вмешательств, направленных на спасение жизни пациента и пораженной конечности.

Цель – определить негативное влияние ампутаций нижних конечностей на качество жизни и реабилитацию в послеоперационном периоде у больных с осложненными формами СД на основании результатов оперативного лечения пациентов с СДС.

Методы исследования. В основу работы положены данные результатов проведенного лечения 71 пациента с гнойно-некротическими осложнениями СДС за 2010-2011 гг. в клинике общей хирургии УЗ «ГКБ №4 г. Гродно», госпитализированных в гнойное хирургическое отделение. Средний возраст пациентов составил  $73 \pm 1,4$  года, мужчин было 59 (83,1%), женщин – 12 (16,9%). Ранее, во время предыдущих госпитализаций, оперативные вмешательства в объеме: вскрытие флегмон, абсцессов стоп, экзартикуляции и ампутации пальцев,

выполнялись у 18 (25,4%) больных. Госпитализированы при поступлении сразу в реанимационное отделение 29 (40,8%) пациентов, в хирургическое отделение – 42 (59,2%). Ампутации на уровне голени выполнены у 25 (35,2%) больных, на уровне бедра – у 46 (64,8%), при этом у 22 (31%) больных ампутации выполнены по экстренным показаниям.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, направленная на стабилизацию тяжести состояния пациента и улучшение регионарного кровотока пораженной конечности. Однако, проводимая терапия не всегда оказывала желаемые положительные результаты и у 22 пациентов было проведено оперативное вмешательство – ампутация нижней конечности: у 19 – на уровне бедра, у 3 – на уровне голени. Показания к срочной (от 24 до 48 часов) ампутации конечности на уровне бедра были определены у 18 (25,4%) пациентов в связи с прогрессированием влажной гангрены и/или флегмоны стопы, после вскрытия не дренируемых гнойных затеков. В отсроченном периоде (от 6 до 9 суток) ампутации на уровне бедра выполнены у 31 (43,7%) пациента. В послеоперационном периоде умерли 11 (15,5%) больных. Пациентам до и после операции проводилось внутривенное и внутриаартериальное введение антибиотиков в смеси с обезболивающими и сосудорасширяющими средствами, новокаином и общепринятое комплексное (общее и местное) лечение.

Следует отметить, что после ампутации конечности пациенты испытывают огромную психологическую депрессию и астенизацию, а также тяжелую физическую нагрузку при передвижении, что повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Увеличивается и физическая нагрузка на вторую ногу с риском прогрессирования трофических нарушений. Даже ампутация в пределах стопы, вследствие возникающей деформации и перераспределения нагрузки, повышает риск образования новых трофических язв на этой стопе по сравнению с противоположной.

Так, только за 2012 год ампутации контрлатеральной нижней конечности были выполнены у 5 пациентов по жизненным показаниям в связи с прогрессированием гнойно-

некротического процесса на стопе и неэффективностью проведения комплексного консервативного лечения, а это уже потеря обеих нижних конечностей со всеми страданиями человека в связи с глубокой инвалидностью.

Выводы. В заключение следует отметить, что СДС является одним из наиболее драматичных осложнений сахарного диабета: среди пациентов присутствует постоянный страх гангрены и ампутации, угрожающих жизни больного и потере конечностей. Но ампутация отнюдь не является закономерным исходом СДС. Современные методы, позволяющие успешно лечить это осложнение диабета, могут применяться не только в крупных клиниках и специализированных лечебных центрах, но и в больницах практического здравоохранения. Внедрение этих методов требует преодоления ряда трудностей, которые связаны с отсутствием информированности населения о данной патологии и поздним обращением таких пациентов за медицинской помощью, а ведь на ранних стадиях развития патологического процесса еще возможно адекватное восстановление трофики пораженной конечности и, как следствие, предотвращение ампутации. Следует стремиться к этому.

Главная цель высоких ампутаций у больных СД – спасение жизни пациента; основная задача – сохранение, по возможности, функциональной активности конечности. Социальная реабилитация должна быть ранней, начинаться на стационарном этапе лечения и основываться на тесном взаимодействии эндокринологов, хирургов и психологов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Международное соглашение по диабетической стопе. Подготовлено Рабочей группой по диабетической стопе. Амстердам, Голландия, 1999 г.