

и отклонения от нормы при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках – 1 случай, 7 дней (0,26%; 0,14%).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что:

1) уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди медицинских сотрудников ГУЗ «Гродненская областная станция скорой медицинской помощи» за I полугодие 2024 года ниже среднего;

2) в структуре заболеваний три лидирующих позиции занимают болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, уход за больным членом семьи.

Такой уровень и структуру заболеваний с временной утратой трудоспособности среди медицинских сотрудников ГУЗ «Гродненская областная станция скорой медицинской помощи» можно объяснить спецификой труда сотрудников службы скорой медицинской помощи – работа в автомобиле; увеличение количества пациентов, нуждающихся в транспортировке на носилках; выполнение реанимационных мероприятий в экстремальных ситуациях.

Литература:

1. Измеров, Н. Ф. Здоровье трудоспособного населения России / Н. Ф. Измеров // Медицина труда и пром. экология. – 2005. – № 11. – С. 3-9.

2. Критерии оценки и показатели производственно обусловленной заболеваемости для комплексного анализа влияния условий труда на состояние здоровья работников, оценки профессионального риска: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь, 24 нояб. 2009 г., рег. № 062-1109 / разраб.: Р. Д. Клебанов [и др.]. – Минск, 2009. – 33 с.

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Обухович А.Р., ¹Иоскевич Н.Н., ²Гавина Н.Л., ²Ясюкевич Ю.А.,

²Ждонец С.В., ¹Сахарчук А.Д., ¹Плескачевич М.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская университетская клиника»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) – одна из основных причин высоких ампутаций в мире. Выполняются они в 15-40 раз чаще у пациентов с СД, чем в группе основной популяции. Неутешительный факт, что более половины пациентов умирает в течение первых двух лет после выполнения ампутации нижней конечности [1]. СД – актуальная проблема современного здравоохранения не только с диагностической,

терапевтической, реабилитационной стороны, но и социально-экономической ввиду высоких показателей инвалидизации и смертности.

Множество работ посвящено раннему выявлению и правильному выбору тактики лечения СДС, что зачастую является трудной задачей. Немаловажную роль играет обучение пациентов. Под постоянным контролем хирурга должны находиться не только пациенты с выявленным СДС, но и с высоким риском его развития [2].

В 2021 году в Республике Беларусь опубликован актуальный клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население)».

Цель: подчеркнуть некоторые моменты актуальных рекомендаций; анализ работы центра диабетической стопы (ЦДС) г. Гродно на базе отделения гнойной хирургии учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника».

Материалы и методы исследования. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население)» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.06.2021 № 85). 65 пациентов, находящихся на лечении в ЦДС в период с 01.01.2024 по 31.07.2024.

Результаты. Согласно современной патогенетической классификации выделяют три формы СДС: нейропатическая с трофической язвой (НИ), нейропатическая с диабетической остеоартропатией Шарко (ОШ) и нейроишемическая (НИ). При НИ форме показана реваскуляризация. Медицинские показания к реваскуляризации конечности при НИ форме определяются в специализированном сосудистом отделении. Противопоказаниями к ней являются обширные некрозы стопы с контрактурой в голеностопном суставе; некроз кожи подошвенной поверхности стопы, не позволяющий сформировать опороспособную культю; гангрена стопы с вовлечением голени; злокачественные новообразования с прогнозируемой продолжительностью жизни менее 5 лет; острый инфаркт миокарда и (или) острый инфаркт мозга сроком до 2 месяцев; хроническая сердечная недостаточность Н2б-3 ст.; хроническая болезнь почек (ХБП) С5; пациенты с низким потенциалом реабилитации, лишенные возможности ходить, нуждающиеся в индивидуальном уходе и симптоматическом лечении (спинальные неврологические пациенты после инфаркта мозга с нарушением психики и (или) функции конечностей). Во время перевязок пациентов как с НИ, так и НП формой СДС не должны использоваться спиртосодержащие растворы, кислоты, щелочи, а также красящие вещества, жирорастворимые мази. Приоритетное значение при НП форме СДС имеет разгрузка нижней конечности. При ОШ активная фаза может длиться до 13 месяцев. Иммобилизация должна быть продолжена на весь период активной фазы с продолжением листа нетрудоспособности. Исследованием, подтверждающими ОШ

в первые 3-4 недели острой фазы, является магнитно-резонансная томография (МРТ) с описанием отека костного мозга в скелете стопы, позже – рентгенография (РТГ) стопы в двух проекциях либо МРТ [3].

За семь месяцев 2024 года в ЦДС г. Гродно пролечены 65 пациентов, из них 40 мужчин (61%) и 25 женщин (39%). Пациентов с СД 2 типа – 90%.

Среди пациентов с ОШ формой СДС было больше пациентов с СД 1 типа и большинство из них принимали инсулинотерапию. Пациенты с НП формами СДС были моложе пациентов с НИ формой СДС. Пациентам с НИ выполнено 12 реваскуляризаций – 4 открытые операции, 8 – рентген-эндоваскулярных, а также одна ревизия артерий голени у пациентки с ХБП, которой ввиду высокого риска контраст-индуцированной нефропатии невозможно было выполнить визуализацию. Кроме того, 7 высоких ампутаций (6 – на уровне бедра, 1 – на уровне голени), 9 малых ампутаций и 3 некрэктомии. Пациентам с НП с трофической язвой выполнено 8 малых ампутаций и 2 вскрытия флегмоны стопы. Одному пациенту с ОШ выполнено вскрытие флегмоны стопы. Таким образом, оперативные вмешательства чаще всего выполнялись среди пациентов с НИ формой СДС.

Заключение. Успешное лечение пациентов с НИ формой СДС невозможно без выполнения реваскуляризации, а с НП формами – без иммобилизации нижней конечности. По нашему наблюдению, среди хирургов сложность составляет диагностика острой стадии ОШ, ввиду чего пациентам часто выполняются ненужные, а иногда и наносящие вред оперативные вмешательства (вскрытия флегмоны, малые ампутации). Важно помнить, что отек костного мозга, визуализация которого дает основания для постановки диагноза ОШ, определяется только на МРТ. Требуется также обучение правильному выполнению перевязок. К сожалению, многие хирурги активно пользуются спиртосодержащими и красящими растворами (например, бриллиантовым зеленым).

Учитывая ежегодное увеличение количества пациентов с СД, требуется обучение медицинского персонала особенностям диагностики и лечения данной группы пациентов.

Литература:

1. Ампутации нижних конечностей при синдроме диабетической стопы: вопросы организации раннего выявления и профилактики осложнений (обзор литературы)/ А.М. Яровенко [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 1115-1127.
2. Бреговский, В.Б. Анализ специализированной помощи больным с синдромом диабетической стопы в Санкт-Петербурге за 2010-2021 гг. / В. Б. Бреговский, И. А. Карпова // Сахарный диабет. – 2022. – № 5. – С. 477-484.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население)» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.06.2021 № 85).