

(82%) отметили, что в их семье употребляют алкогольные напитки, из них почти половина семей (45%) – чаще, чем раз в месяц. При этом каждый второй респондент указал, что его родители толерантно относятся к употреблению детьми легких алкогольных напитков на праздники (50%). Каждый четвертый опрошенный (26%) указал, что среди его близких, родственников есть алкоголик.

Выводы. Проведенное социологическое исследование подчеркнуло остроту проблемы алкоголизации украинского общества в целом и в первую очередь – молодых юношей и девушек. В результате работы выявлены: значительный масштаб употребления пива в возрастной категории 13-18 лет и неосознанное нездоровое поведение подростков на фоне недостаточности знаний молодежи о проблеме пивного алкоголизма. Определены основные факторы, негативно влияющие на сложившуюся ситуацию, среди которых на микроуровне: толерантное отношение семьи к алкоголизации подростков, культурные традиции общения в компании; на макроуровне: недостаточный контроль выполнения законодательства Украины в части запрета продажи спиртных напитков несовершеннолетним; агрессивная реклама пива, действию которой из всех возрастных групп наиболее подвержены подростки, и отсутствие единой комплексной национальной долгосрочной программы по преодолению сложившейся ситуации и формированию новой культуры здорового образа жизни.

Литература

1. Алехин А.Н. Формирование личности подростка с донологическими формами алкоголизации / А.Н. Алехин, А.В. Локтева // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2013. – №11 (95). – С. 7-11.
2. Побережная Н. В. Факторы риска, ведущие к развитию пивного алкоголизма у лиц молодого возраста / Н.В. Побережная // Архів психіатрії. – 2012. - 4 (71). – С. 87-90.
3. Погосов А. В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика : руководство / А. В. Погосов, Е. В. Аносова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред.. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

*П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, Я. И. Хильмончик,
Д. Ю. Ракович, А. А. Сытый*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно принятой резолюции ООН в 2006 году сахарный диабет (СД) признан реальной мировой угрозой здоровью людей. Эксперты ВОЗ по СД называют заболевание «Неинфекционной чумой XXI века», В декабре 2013 года, в РП (Познань) мы приняли участие в работе Международной конференции «Вызов XXI века: диабетическая стопа, новые возможности эндоваскулярного лечения сосудистых заболеваний». Проблема

признана одной из драматичных страниц мировой медицины в связи с неуклонно возрастающим количеством пациентов страдающих СД, ранней инвалидизацией и высокой летальностью от поздних осложнений. Однозначно определено, что СД относится к одной из весьма актуальных медико-социальных и экономических проблем.

При СД поражаются артерии всех органов и систем, с развитием микроангиопатии у 100% и макроангиопатии у 70% пациентов. На фоне диабетического поражения сосудов развивается полинейропатия, остеоартропатия и формируется синдром диабетической стопы (СДС). Анатомо-функциональные изменения сосудов и тканей стопы способствуют развитию язвенно-некротических и инфекционных осложнений, гангрены дистальных ее отделов и более чем у 83% наблюдений приводят к ампутации на уровне бедра или голени с высокой (10-18%) послеоперационной летальностью [3].

Частота развития СДС за последние годы возросла более чем в 5 раз (у каждого 6 пациента СД). Исследовательской группой ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987г.) СДС впервые выделен как самостоятельное заболевание наряду с поражением глаз, почек, нервной и сосудистой систем.

В Беларуси на 1 января 2016 года, состоит на диспансерном учете 287976 пациентов СД, в том числе 1-го типа 17026, гестационным СД – 407, другие специфические типы СД – 1798. В 2015 году впервые выявлен СД у 27084 пациентов, что свидетельствует о значительном росте первичной заболеваемости диабетом. В Гродненской области состоит на учете 31233 пациента СД из них в городе Гродно – 12131.

Ежегодный прирост пациентов СД в Республике Беларусь составляет 10%, т.е. регистрируется более 20000 новых случаев болезни, а если учесть данные ВОЗ, что на каждый выявленный случай СД приходится один не установленный и еще 3% имеют генетическую предрасположенность, становится очевидной социальная значимость проблемы СДС.

В Республике Беларусь 2,2% населения страдают СД (в 2007 году – 1,5%), в Германии – 10,2%, в Италии – 6,6%, в Нидерландах – 3,7%, больше всего в Австралии, каждый 5 житель страны. Как и в мире, в Беларуси наблюдается ежегодный рост числа пациентов СД с гнойно-некротическими поражениями стопы. На сегодняшний день количество пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СДС составляет 12%, при этом нет тенденции к снижению количества больших ампутаций, что обусловлено трудностью и сложностью лечения этих пациентов, так как гнойно-некротические процессы при СДС, несмотря на прилагаемые усилия эндокринологов и хирургов, прогрессируют и неминуемо ведут к ампутации [2]. Это обусловлено еще и тем, что при СД функциональные и инволюционные процессы старения и изменения гомеостаза, обусловленные инсулиновой недостаточностью, ускоряются в 1,5 раза, процесс разрушения организма выходит за рамки генетически запрограммированного старения. У пациентов СД критическая ишемия нижних конечностей развивается в 5 раз чаще, а риск ампутации конечности в 20-40 раз выше, чем у человека не страдающего СД.

Изложенное диктует необходимость поиска, разработки и принятия возможных путей профилактики развития СД, ранней диагностики и своевременного лечения.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов с осложненными формами СДС и оценить причины возрастания количества гнойно-некротических осложнений для оптимизации лечения, снижения инвалидизации и улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. За 2014-2015г.г. в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» во 2-ом хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» находилось на лечении 608 пациентов страдающих СД. У 278(45,7%) из них диагностированы гнойно-некротические осложнения СДС различной глубины поражения тканей стопы. Средний возраст – $68,7 \pm 8,9$ лет, мужчин – 121(43,5%), женщин – 157(56,5%), продолжительность болезни – $19,3 \pm 2,7$ лет. Сопутствующие заболевания, значительно отягощающие общее состояние пациентов, обусловленные СД отмечены у всех исследуемых: нефропатия, ретинопатия, ИБС, гипертоническая болезнь, перенесенные инсульты, инфаркт миокарда. Всем пациентам проведено обследование согласно утвержденных протоколов.

Результаты исследования. Проведена интенсивная консервативная комплексная терапия. Хирургические методы лечения включали: некрэктомию, вскрытие гнойных не дренируемых очагов, флегмон стопы, фасциальных пространств. В связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса дистального отдела стопы выполнена ампутация конечности на уровне бедра у 28(10,1%) пациентов, на уровне голени у 5(1,8%), стопы у 11(4,0%), пальцев 44(15,8%), умерло 7(2,5%).

Ретроспективный анализ летальности показал, что основной причиной смерти явились сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и полиорганная недостаточность на фоне интоксикации и метаболических нарушений.

Заключение. Многолетняя практика ведения пациентов с осложненными формами СДС свидетельствует, что основными факторами прогрессирования гнойно-некротических процессов дистальных отделов стопы являются: длительное нестабильное течение СД, не корригируемая гипергликемия, сосудистые осложнения, поздняя диагностика заболевания и несвоевременная госпитализация.

Изложенное является веским аргументом для решения вопросов ранней диагностики СД и увеличения доли плановых госпитализаций, до развития обширных гнойно-некротических процессов в тканях стопы, что позволит значительно улучшить результаты лечения и ощутимо снизить расходы на лечение этой тяжелой категории пациентов.

Дифференцированный подход в лечении осложненных форм СДС позволит снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей, максимально сохранить опорную функцию стопы, что, несомненно улучшит качество жизни этих пациентов. Консервативное лечение осложненных форм

СДС с включением хирургических этапных вмешательств, как считают хирурги, требует госпитализации пациентов на сроки не менее чем 30-40 дней [1]. Существующие же требования представленные в медико-экономических стандартах отводят на лечение диабетической гангрены лишь 18 дней, а на лечение сосудистых поражений при СД – 14 дней. Эти цифры значительно ниже международных стандартов по лечению диабетической стопы [2].

Литература

1. Брискин, Б.С. Лечение осложнений "диабетической стопы" / Б.С.Брискин, Е.А.Тартаковский и [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 10. – С.53-56.
2. Гарелик, П.В. Хирургическое лечение осложненных форм диабетической стопы: проблема, требующая междисциплинарного подхода в лечении / П.В.Гарелик, О.И.Дубровщик, И.С.Довнар и [и др.] // Современные медицинские технологии в условиях регионального здравоохранения": сб. ст. Респ. науч.-прокт.конф. – Пинск, 2012. – С. 128-131.
3. Стряпучин, В.В. Хирургическое лечение диабетической стопы / В.В. Стряпучин, А.Н.Лишенко // Хирургия. – 2011.- № 2. – С.73-76.

ВЗГЛЯД УЧАЩИХСЯ 10-Х КЛАССОВ НА ПРОБЛЕМУ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО И СЧАСТЛИВОГО РЕБЁНКА

(По материалам областной олимпиады по здоровому образу жизни)

Н. Т. Гиндюк, Г. С. Стасевич, В. С. Машенская

ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», Брест, Беларусь

Семья, общество, государство состоят из людей. Каким будет каждый конкретный человек, таким и будет наше общество и государство в целом. Нравственность, духовность, мораль, уровень культуры, принципы и взгляды каждого из нас определяют степень культуры общества, его порядочность или аморальность, его нравственность или беспринципность.

Философы считают, что истоки общественного миропорядка следует искать в человеке, что человек сам по себе не плох и не хорош; он всегда открыт для саморазвития. Счастливый здоровый человек несёт в мир гармонию и принцип созидания, а несчастный – скорее склонен к разрушению и хаосу. Какие же условия необходимы для того, чтобы человек мог стать счастливым и здоровым, гармоничным и самодостаточным?

В настоящее время установлено, что клетки обладают генетической памятью, поэтому процесс становления человека начинается уже с момента слияния двух клеток. Всё, что происходит с родителями будущего человека на психологическом и физическом уровнях во время зачатия и вынашивания плода, «запоминается» клетками и оказывает огромное влияние на процесс формирования человека как личности, повышая или понижая вероятность рождения здорового и счастливого ребёнка.

Очень важно, чтобы наша молодёжь, то есть будущие мамы и папы, были осведомлены о факторах, влияющих на процесс формирования личности на всех этапах развития человека (включая внутриутробный период), и осознавали степень личной ответственности за тех детей, которых они когда-нибудь произведут на свет. Учитывая важность и актуальность знаний и установок молодёжи, их представлений о функциях и обязанностях