

Безводицкая А.А.<sup>1</sup>, Ханцевич А.М.<sup>2</sup>

## 30 ЛЕТ СЕНТ-ВИНСЕНТСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЯЕТСЯ

<sup>1</sup>БГМУ, кафедра общей хирургии,  
<sup>2</sup>5 ГКБ г.Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Еще в XX веке Всемирная организация здравоохранения определила сахарный диабет (СД) как неинфекционную эпидемию. Актуальность проблемы обусловлена масштабностью распространения сахарного диабета. Согласно данным Международной диабетической федерации в мире насчитывается более 425 млн. пациентов с сахарным диабетом, подавляющее большинство которых имеет 2 тип.

Первую позицию в списке десяти ведущих причин смертности по-прежнему занимают сердечно-сосудистые заболевания; в 2019 году в этот список впервые вошел диабет. В Беларуси за последние 20 лет количество пациентов с сахарным диабетом увеличилось в три раза.

Еще в 1989 году была принята Сент-Винсентская декларация, одной из целей которой являлось уменьшение на 1/2 числа высоких ампутаций конечностей, выполняемых по поводу гнойно-некротических осложнений диабетической стопы.

На начало XXI века только в Швеции, Дании, Италии, Великобритании и Нидерландах количество высоких ампутаций нижних конечностей достоверно снизилось.

В 1993 году в соответствии с целями и задачами Сент-Винсентской декларации в Республике Беларусь разработана и внедрена национальная программа «Первичная, вторичная и третичная профилактика сахарного диабета». В рамках этой программы в 1994 году в г. Минске был открыт 1-й в Республике Центр «Диабетическая стопа» из 2-х отделений: амбулаторное (на базе ГЭД), стационарное (10 ГКБ).

В результате реализации национальной программы летальность пациентов с СД за последние 15 лет снизилась в 1,3 раза: с 4,7 до 3,5 на 100 пациентов. Увеличение продолжительности жизни пациентов с сахарным диабетом - результат комплексного подхода в организации диспансерного наблюдения и лечения.

**Цель исследования.** Определить тактику лечения при осложненном синдроме диабетической стопы.

**Материалы и методы.** В ходе ретроспективного исследования изучены медицинские карты 1913 пациентов, находившихся на лечении во 2-ом хирургическом (гнойном) отделении УЗ «Городская клиническая больница №5 г. Минска» с 2016 по 2020 гг. по поводу поражения нижних конечностей вследствие сахарного диабета. Это составило 17,5% от общего числа пролеченных в стационаре пациентов. Среди исследуемых 59,5% составили

мужчины, 40,5% – женщины. Возраст пациентов колебался от 42 до 89 лет: до 60 лет – 12,8%, от 61 до 74 лет – 51%, старше 75 лет – 36,2%. Сахарным диабетом 1-ого типа страдали 8,5%, 2-ого типа 91,5%. Распределение пациентов по длительности заболевания: до 5 лет 6,4%, от 6 до 15 лет – 29,8%, больше 16 лет – 63,8%. Больше половины (64%) пациентов имели в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

У 621 (32%) пациента была выраженная клиническая картина гангрены нижней конечностей. Пациентам после обследования (обязательно УЗИ сосудов нижних конечностей, при необходимости – консультации ангиохирурга) адекватной предоперационной подготовки выполнена высокая

а

м  
п Патологические изменения на стопе у пациентов с сохраненной конечностью представлены следующим образом: абсцессы и флегмоны стопы и голени – 37%, трофические язвы стопы и голени – 32%, гангрена 1-2 пальцев стопы – 16%, гангрена стопы – 9%, диабетическая ангиопатия нижних конечностей без трофических нарушений – 6%.

и **Результаты.** Таким образом, средне-статистический пациент с синдромом диабетической стопы – это пациент, страдающий диабетом 2 типа больше 10 лет, в возрасте от 60 до 75 лет, имеющий в анамнезе заболевания сердца и облитерирующий атеросклероз сосудов ног.

е Сохранение конечности – главный приоритет лечения этих пациентов.

д Оперативное лечение заключалось в выполнении некрэктомии (в ряде случаев этапной), вскрытии и дренировании гнойников, ампутации пальца или стопы. В последующем для закрытия раневого дефекта накладывались вторичные швы и выполнялась аутодермопластика. Не смотря на отсутствие в амбулаторной истории болезни хирургического вмешательства (при необходимости сохранения конечности) была выполнена сосудистая реконструкция (стентирование, протезирование или шунтирование сосудов, баллонная дилатация). Это достигалось путем перевода на время пациентов в ангиохирургическое отделение другой клиники или посредством приглашения сосудистого хирурга для выполнения оперативного пособия у себя. В последующем при необходимости этим пациентам также выполнялись некрэктомии, накладывались вторичные швы и т.д.

Все пациенты получали комплексную консервативную терапию, включающую: коррекцию гликемии, антибактериальную терапию, сосудистые препараты, антикоагулянты, симптоматическую терапию с учетом сопутствующих патологий, разгрузку конечности, местное лечение раны (перевязки, физиотерапия, ГБО и т.д.).

### **Выводы.**

1. Количество пациентов, страдающих сахарным диабетом, неуклонно увеличивается. Сохранение опорной функции конечности остается главным приоритетом лечения пациентов с синдромом диабетической стопы.

2. Для достижения целей, поставленных Сент-Винсентской декларацией, в современных условиях лечение пациентов с осложнениями синдрома диабетической стопы является задачей не только специализированных центров, но и обычных общехирургических (гнойных) отделений. Однако, для решения этой задачи требуются усилия специалистов различных профилей нескольких лечебных учреждений: хирургов, ангиохирургов, эндокринологов, терапевтов.