

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Шагазатова Б.Х., Артикова Д.М., Ишонкулова Н.Ф., Авезова Г.С.,
Артиков А.Ф., Урунбаева Д.А.,*

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, гипергликемия, реконструктивная хирургия, качество жизни.

Актуальность: Diabetes mellitus (DM) is a paramount and rising medical challenge in both industrial and emerging nations. Он представляет серьезную медико-социальную проблему, что обусловлено, не только его высокой распространенностью, хроническим течением, определяющим накопление контингента больных диабетом, но и большим числом осложнений и высокой степенью инвалидизации.

Сахарный диабет (СД) — самое распространенное эндокринное заболевание, которое уже приняло характер неинфекционной эпидемии во всем мире. Число больных СД удваивается каждые 10–15 лет. СД характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних сосудистых осложнений. Это обстоятельство ставит СД в ряд социально значимых заболеваний.

У более чем 70 % больных СД развиваются различные осложнения, в том числе синдром диабетической стопы (СДС) — сложный комплекс анатомо-функциональных изменений в тканях на фоне диабетической микро- и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии. Общеизвестно, что ведущими факторами, приводящими к поражению стоп при диабете, являются периферическая нейропатия, деформации стоп с формированием зон высокого давления, а также периферический атеросклероз сосудов нижних конечностей. Почти у половины пациентов СДС осложняется развитием гнойно-некротических процессов на стопе, что в 50–75 % случаев приводит к ампутации на различном уровне. Частота ампутаций у больных СД, по различным источникам, в 17–45 раз выше, чем у лиц, не страдающих СД; до 30 % пациентов после первой ампутации подвергаются ампутации второй конечности в течение ближайших 3 лет, и до 50 % — в течение 5 лет. В среднем срок жизни в послеоперационном периоде составляет 5 лет после ампутации одной конечности и 1 год после ампутации двух конечностей.

Использование современных методов диагностики позволяет врачу принять правильную тактику лечения СДС. Так, в настоящее время, к общепринятым видам лечения – хирургической обработке раны, назначению антибактериальных препаратов, выполнению режима разгрузки и консервативной коррекции артериального кровотока – применяются реконструктивные операции, такие как баллонное шунтирование и наложение стента на ишемический отрезок сосуда.

Несмотря на то, что на сегодняшний день уже получены ответы на многие вопросы диабетологии в отношении тактики лечения и предупреждения осложнений заболевания, диабет остается серьезной проблемой в том числе и потому, что оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов [Glasgow RE et al., 1997, Isla Pera P. et al., 2011]. Снижение КЖ при диабете связано не только с ухудшением состояния здоровья по причине поздних осложнений, но и с различными психопатологическими состояниями (например депрессией), изменением характера социальных контактов и привычного образа жизни [Jacobson AM et al., 1994, Goldney RD et al., 2004, Schram MT et al., 2009, Egede LE et al., 2010, Ppolonsky WH., 2002]. В настоящее время КЖ рассматривается как важный показатель здоровья, а его повышение является одной из ключевых задач здравоохранения.

Цель исследования: Провести оценку качества жизни больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы до и после реконструктивных операций.

Материал и методы:

Сбор клинических данных осуществлялся на базе Республиканского центра гнойной хирургии и хирургической осложнение СДС многопрофильной клиники ТМА. Было обследовано 116 человек с синдромом диабетической стопы. Из них 87 мужчин и 29 женщин, средний возраст $65,2 \pm 2,7$ года. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц (7 женщин и 3 мужчин). Все обследованные на основании анамнеза, результатов клинического и лабораторно-инструментального методов исследования были разделены на 2 группы: нейропатическую (70 больных -60%) и нейроишемическую (46 больных-40%). Всем больным была проведена ультрозвуковая доплерография и МСКТ сосудов нижних конечностей.

Всем больным было проведено реконструктивное вмешательство, а именно-транслюминальная баллонная ангиопластика с стентированием. Нами были изучены данные анкетирования по опроснику SF36 (оценка качества жизни) у больных с нейроишемической формой СДС.

Согласно опроснику мы оценили следующие показатели.

Физическое функционирование (PF).

1. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
2. Боль (P).
3. Общее здоровье (GH).
4. Жизнеспособность (VT).
5. Социальное функционирование (SF).
6. Эмоциональное функционирование (RE).
7. Психологическое здоровье (MH).

Результаты и их обсуждение:

Согласно классификации Фонтейна-Лериша-Покровского у 27 больных (59%) была III стадия нарушения кровообращения, у 19- (41%) – IV стадия. Всем больным была предложена реконструктивная операция с баллонным шунтированием. 12 больных отказались от оперативного вмешательства. Им была проведена стандартная медикаментозная терапия (сахароснижающая, антибактериальная, двигательная разгрузка стопы, сосудистая терапия, местные перевязки, дезинтоксикационная терапия). В обеих группах было проведено анкетирование по опроснику КЖ SF36. До лечения и через 3 месяц после лечения.

..... В таблице 1 представлены средние значения результатов анкетирования по опроснику SF36 до реконструктивных вмешательств и после (через 3 мес.) в группе больных с нейроишемической формой СДС. Показатели сравнивали как между собой, так и с группой контроля, которую составили 10 лиц больных СД 2 типа средней степени тяжести.

Таблица 1.

Показатели параметров качества жизни до и после реконструктивных вмешательств и медикаментозного лечения.

| Показатели | <i>До реконструктивных вмешательств n=34</i> | <i>Контроль n=10</i> | <i>После реконструктивных вмешательств n=34</i> | <i>До медикаментозного лечения n=12</i> | <i>После медикаментозного лечения n=12</i> |
|-------------------|--|--------------------------|---|---|--|
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|----|----|-----|----|----|
| Физическое функционирование (PF) | 32 | 79 | 49 | 34 | 40 |
| Ролевое функционирование (RP) | 33 | 64 | 40* | 30 | 37 |
| Социальное функционирование (SF) | 59 | 68 | 68* | 59 | 60 |
| Боль (P) | 36 | 65 | 56* | 35 | 42 |
| Психологическое здоровье (MH) | 60 | 58 | 62 | 58 | 60 |
| Эмоциональное функционирование (RE) | 37 | 67 | 55* | 37 | 50 |
| Жизнеспособность (VT) | 52 | 56 | 57* | 52 | 54 |

| | | | | | |
|---------------------------|----|----|----|----|----|
| Общее здоровье (GH) | 37 | 52 | 45 | 36 | 40 |
|---------------------------|----|----|----|----|----|

Примечание: *- $p \geq 0,001$

Как видно из таблицы, качество жизни пациентов после прямых реконструктивных операций возрастает по всем параметрам, однако не достигает уровня показателей контрольной группы здоровой популяции кроме фактора социальной активности, психического здоровья и жизнеспособности.

В таблице представлены показатели КЖ у больных в группе, получавших медикаментозное лечение.

Как видно из таблицы 1, показатели качества жизни улучшились по таким параметрам как PF, RP, P,RE недостоверно.

Показатели социального функционирования и психологического здоровья практически не изменились.

Выводы:

Качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа после реконструктивных операций возрастает по всем показателям относительно как группы контроля, так и группы больных, принимающих медикаментозное лечение.

Литература

1. Chicharro-Luna E, Pomares-Gómez FJ, Ortega-Ávila AB, Marchena-Rodríguez A, Blanquer-Gregori JFJ, Navarro-Flores E. Predictive model to identify the risk of losing protective sensibility of the foot in patients with diabetes mellitus//Int Wound J. 2020 Feb;17(1):220-227. doi: 10.1111/iwj.13263. Epub 2019 Nov 5
2. Navarro-Flores E, Cauli O. Quality of Life in Individuals with Diabetic Foot Syndrome//Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2020;20(9):1365-1372. doi: 10.2174/1871530320666200128154036.
3. Riedel U, Schüßler E, Härtel D, Keiler A, Nestoris S, Stege H. Wound treatment in diabetes patients and diabetic foot ulcers// Hautarzt. 2020 Nov;71(11):835-842. doi: 10.1007/s00105-020-04699-9.
4. Rümenapf G, Morbach S, Rother U, Uhl C, Görtz H, Böckler D, Behrendt CA, Hochlenert D, Engels G. Diabetic foot syndrome-Part 1 : Definition, pathophysiology, diagnostics and classification//Free PMC article 2021 Jan;92(1):81-94. doi: 10.1007/s00104-020-01301-9.