

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ - ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ¹**

*Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, Астрахань,
vakislakov@mail.ru*

Актуальность. В настоящее время оценка качества жизни (КЖ) больного широко применяется в общей, паллиативной хирургии. Цель: исследование КЖ пациентов после лечения рецидивов деструктивных поражений синдрома диабетической стопы СДС.

Материал и методы: Исследовали КЖ у 150 пациентов: в возрасте до 45 лет – 9 (6%) больных, 45 – 59 лет – 52 (34,7 %), 60 - 74 лет – 89 (59,3 %); мужчин - 23 (15,3 %), женщин – 127 (84,7%). Длительность сахарного диабета (СД) в 127 (84,6%) случаев - более 10 лет, менее 10 лет – 23(15,4%). Рецидивы с нейроишемической формой СДС (НИСДС) наблюдались у 94(62,7%) пациентов: СД 1 типа у 2(2,2%), а СД 2 типа у 92(97,8%). Рецидивы с нейропатической формой СДС (НИСДС) наблюдались в 56 (37,3%) случаях: СД 1 типа в 9(16,1%), а СД 2 типа в 47 (83,9%). Средний возраст больных – 58,3±14,7 лет. Средняя продолжительность СД составила 17,3±8,6 лет. Ведущими в происхождении рецидивов при НПСДС являлись длительность СД более 10 лет – 33 (86%) больных, дистальная полинейропатия – 50 (85%), низкая комплаентность – 48 (85,7%), инфекция – 48 (85,7%), деформация стоп – 32 (85%); сочетание причин - у 32 (85%). Ведущими причинами в происхождении с НИСДС являлись: длительность СД более 10 лет – 82 (87%) пациента, дистальная полинейропатия – 74 (78,8%), ишемия – 70 (75%), инфекция – 48 (51%), низкая комплаентность – 46 (48,9%); сочетание причин - у 73 (78%). Ультразвуковая доплерография показала, что у пациентов с НИСДС, было атеросклеротическое поражение сосудов ниже подколенной артерии, а на стопе имелся лишь коллатеральный кро-

¹ V.A.Kislyakov. Quality of the life patients - the integrated parameter of results treatment relapses of destructive defeats of the diabetic foots.

воток. У всех 150 пациентов имелась дистальная полинейропатия N2 - N3 степени (по Г.Р. Галстян, 2005). Выполнено 234 операции. В экстренном порядке - 48 (20,5%) операций: с 3 степенью поражения – 8 (3,4%); с 4 степенью поражения – 14 (6%); с 5 степенью поражения - 22 (9,5%); с 7 степенью поражения – 4 (1,6%). В срочном порядке - 186 (79,5%) операций: с 3 степенью поражения – 32 (13,7%); с 4 степенью поражения – 41 (17,5%); с 5 степенью поражения - 54 (23,1%); с 6 степенью поражения - 23 (9,8%); с 7 степенью поражения – 46 (15,4%). Органосохраняющая тактика позволила сохранить опорную часть стопы у 71 пациента с нейроишемической формой СДС и 44 – с нейропатической формой СДС, т.е. у 76,6% больных. Выполнены высокие ампутации 24 (25,5%) пациентам с НИСДС и 10 (21,4%) с НПСДС.

Результаты и обсуждение: Для изучения КЖ применялся опросник SF-36: в день поступления и выписки, через 3, 6, 12 месяцев. При рецидивах НПСДС, после сохраняющих операций отмечалось снижение боли в оперированной конечности от $50,5 \pm 1,2$ до $4,8 \pm 1,2$. КЖ по разным показателям возросло к выписке, а к 12 месяцам было выше в 2-3 раза, чем в день госпитализации. После же высоких ампутаций, показатели КЖ были ниже в 2 раза при выписке с незначительным ростом к 12 месяцам, что нельзя расценивать как значимый положительный результат. После сохраняющих операций, при рецидивах НИСДС, отмечен рост показателей КЖ в 2-3 раза через 3 месяца и в 2-4 раза к 12 месяцам. Понижался показатель «интенсивности боли» от $30,5 \pm 1,2$ при поступлении до $37,1 \pm 1,4$ при выписке со снижением до $10,8 \pm 1,2$ через 12 месяцев. После высоких ампутаций динамика показателей КЖ жизни такая же, как и при НПСДС.

Вывод: Комплексное органосохраняющее лечение в 2-4 раза повысило разные показатели КЖ в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Ключевые слова: качество жизни, рецидивы деструктивных поражений, синдромом диабетической стопы.

Key words: quality of a life, relapses of destructive defeats, diabetic feet.