

Петрова В.В., Ремезов А.В., Смирнов Г.А., Кожевников А.А.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет; Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова", Россия

Синдром диабетической стопы (СДС) – это инфекция или язва и /или деструкция глубоких тканей, связанная с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей. Причиной развития синдрома диабетической стопы является сахарный диабет.

Количество пациентов с сахарным диабетом неуклонно растет. В США общее количество больных СД в 1992 году составляло 44,8 на 1000 населения. В Российской Федерации в 1997 году насчитывалось 2 млн больных. По прогнозам ВОЗ к 2025 году количество пациентов с диагнозом сахарный диабет (СД) достигнет 250 миллионов. 80-90% из которых составляют больные диабетом типа 2. Прогнозы американских эпидемиологов еще менее утешительны: к 2033 году сахарным диабетом будет страдать 366 миллионов человек. В Санкт-Петербурге на учете у эндокринолога находилась в 2008 году 700 тысяч больных сахарным диабетом. Хотя истинная заболеваемость СД, основываясь на эпидемиологических данных, выше. Возможно, эти цифры станут еще больше, так как на сегодняшний момент лица с так называемым «пред-диабетом» не учитываются. Синдром диабетической стопы является поздним и одним из наиболее тяжелых осложнений диабета. Он характеризуется развитием распространенных гнойно-некротических процессов в нижних конечностях, которые развиваются у 30-60% больных СД. Примерно у 36 из 1000 больных СД гнойно-некротические осложнения (ГНО) СДС носят жизнеугрожающий характер и становятся показанием для выполнения ампутации.

На современном этапе в Санкт-Петербурге пациенты с СДС получают консультацию хирурга лишь при развитии ГНО. По данным городского центра "Диабетическая стопа" не более 30% больных с СДС находятся на постоянном диспансерном учете.

В настоящем сообщении мы хотели бы показать клиничко-экономические различия в подходе к лечению пациентов с СДС. Исследование проведено методом сплошной выборки первичной документации Санкт-Петербургского клинического комплекса НМХЦ им. Пирогова (ФГУ СЗОМЦ). Все пациенты страдали сахарным диабетом типа 1 и 2, отягощенным СДС. 90 пациентов обратилось за медицинской помощью, у 22 госпитализированных пациентов имелись экстренные показания для госпитализации. Только 4 из 90 пациентов имели компенсированные формы СДС, и были взяты на диспансерный учет, остальные 86 человек проходили амбулаторное и/или стационарное лечение. При об-

следовании пациентов на госпитальном этапе лечения выявлено, что преобладали тяжелые и крайне тяжелые формы гнойно-некротических осложнений СДС по классификации Wagner 3-5. Также у этих пациентов отмечалось декомпенсация сахарного диабета: уровень гликемии при поступлении редко когда был ниже 16-18 ммоль\л в капиллярной крови, уровень гликозилированного гемоглобина в среднем $8,86 \pm 2,19$ % (при норме до 5,5%). Оперативное лечение проводилось у все госпитализированных пациентов, для 16 из них операции производились в несколько этапов. Начиная с ангиографии и баллонной ангиопластики с постановкой артериального катетера для внутриаартериальной сосудистой и антибактериальной терапией. По нашим наблюдениям, как местный так и общий статус пациента значительно улучшался (положительная динамика показателей ЭКГ, биохимических и клинических анализов). Следующим этапом производилась некрэктомия, поскольку после ангиопластики четче визуализировалась граница некроза и легче производить некрэктомию, наложение провизорных швов. Адекватная некрэктомия и уменьшение размера раневого дефекта, приводили к очищению раны в более ранние сроки. Все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями повторного посещения в декретированные сроки. Первое посещение происходило через 3-4 дня, тем самым лечащий врач мог проконтролировать выполнение пациентом данных ему рекомендаций, уровень гликемии, состояние раневого процесса. Средний койко-день составил $16,4 \pm 4,63$ дня (в случае плановой госпитализации койко-день составил около 12 дней, при экстренной - более 20 дней). Конечная стоимость госпитализации и амбулаторного лечения для пациентов госпитализированных в плановом порядке 80000-120000 рублей, экстренном от 200000 - 300000 рублей.

Повторная госпитализация потребовалась 3 пациентам: в одном случае экстренная – в связи с тромбозом бедренной артерии, в двух других плановая, для свободной кожной пластики дефекта мягких тканей.

Выводы: 1. Пациенты с СДС требуют мультидисциплинарного подхода и комплексного лечения. 2. Плановые консультации врача хирурга и ангиографическое исследование сосудистого русла нижних конечностей позволяет определить группы риска среди пациентов с СДС. 3. Распределение пациентов по группам риска увеличивает количество удовлетворительных и хороших результатов. 4. Профилактические плановые оперативные вмешательства позволяют снизить количество высоких ампутаций.