

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАТУС В КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В статье приведены результаты изучения терапевтического статуса больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа с синдромом диабетической стопы (СДС), находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении. Выявлено, что не только осложнения СД обуславливают тяжесть состояния пациента, но и сопутствующая соматическая патология может усугублять течение СДС.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, синдром диабетической стопы, сердечно-сосудистая патология.

В настоящее время во всех странах мира увеличивается распространенность сахарного диабета (СД), который относится к числу наиболее тяжелых хронических заболеваний и характеризуется исключительно ранней инвалидизацией и высокой смертностью.

Одним из грозных поздних осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), развивающийся более чем у 15% больных на протяжении всего периода течения заболевания и объединяющий ряд поражений стоп, представляющих потенциальный риск ампутации нижних конечностей. Ежегодная частота новых случаев составляет от 1% до 4% [1,5]. Данные контрольно-эпидемиологических исследований, проводимых сотрудниками эндокринологического научного центра с использованием мобильного лечебно-диагностического комплекса, показали, что распространенность язвенных дефектов стоп в различных регионах РФ варьирует от 2,3% до 12% [4].

Тяжесть общего состояния больных с СДС обусловлена интоксикацией, хронической ишемией конечностей, декомпенсацией СД и другими его осложнениями, в частности, нейропатией и нефропатией, нарушениями иммунной системы, сопутствующей соматической патологией [3]. Таким образом, проблема ведения больных с СДС в хирургическом стационаре требует участия специалистов различного профиля. Тактические вопросы диагностики и лечения соматической патологии у этого контингента больных практически не изучены. Наиболее известны аспекты влияния СД и его осложнений на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний. Недаром эксперты Американской кардиологической ассоциации причислили СД

2 типа к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. У мужчин, страдающих СД, внезапная смерть развивается на 50%, а у женщин – на 30% чаще, чем у лиц без диабета, сопоставимых по полу и возрасту. Повышение смертности от ИБС в первую очередь зависит от выраженности нарушений углеводного обмена [2].

Целью исследования явилось выявление факторов, связанных с терапевтической патологией, влияющих на усугубление тяжести состояния больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы

Обследованы 65 пациентов с СД 2-го типа, осложненным СДС (26 мужчин и 39 женщин), находившихся на стационарном лечении в 4-ом хирургическом отделении НУЗ «ОКБ на станции Оренбург ОАО «РЖД». Средний возраст составил $65 \pm 11,0$ лет, длительность СД – $12,6 \pm 9,6$ лет.

Все больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту ($p < 0,05$) и длительности СД ($p < 0,05$). Первая группа включала 19 пациентов, получивших оперативное лечение по поводу СДС (3 мужчин и 16 женщин, средний возраст $65,3 \pm 10,6$ лет, длительность СД $11,5 \pm 10,1$ лет). Вторая группа – 46 пациентов с СДС, находившихся на консервативном лечении (23 мужчины и 23 женщины, средний возраст $64,9 \pm 11,3$ года, длительность СД $13,2 \pm 9,4$ лет).

Обследование включало сбор анамнеза, с выявлением длительности течения сопутствующей терапевтической патологии, выделение формы СДС: нейропатической, нейро-ишемической и ишемической, изучение динамики уровня гликемии и показателей электрокардиогра-

фии, выявление изменений в общеклинических и биохимических анализах крови и мочи. Анализировались методы коррекции гликемии с учетом наличия осложнений СД и тактики хирургического лечения.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась параметрическими и непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ Excel 7.0.

Результаты и их обсуждение

Все пациенты, нуждающиеся в оперативном лечении, имели тяжелую степень СД. В состоянии субкомпенсации в стационар поступило 68,5%, в декомпенсации – 31,5% больных из этой группы. Нейропатическую форму СДС была диагностирована в 36,8%, смешанная – в 73,2% случаев. Поражение стоп 3-5 степени по Wagner являлось показанием к проведению оперативного лечения. В процентном соотношении виды операций распределились следующим образом: некрэктомия – 32,6%; резекция – 15,8%; ампутации – 12,5%; некрэктомия + экзартикуляция – 9,9%; онихэктомия – 9,7%; экзартикуляция – 8,7%; вскрытие гнояника и дренирование – 6%; резекция + остеосеквестэктомия – 4,8%. Повторные операции проводились в 24% случаев, что повлияло на увеличение среднего количества койко-дней в этой группе ($20,3 \pm 7,8$).

Ишемической болезнью сердца страдали 63,2% больных, из них стенокардия III ФК встречалась в 83,3%, а I-II ФК – в 16,7% случаев. Гипертоническую болезнь имели 89,5% человек: артериальная гипертензия 3 степени встречалась у 47,4% больных, 1-2 степени – у 52,6%. Острое нарушение мозгового или коронарного кровообращения имел в анамнезе каждый третий представитель данной группы.

Средний уровень глюкоза крови натощак составлял $10,8 \pm 3,8$ ммоль/л при поступлении и $8,45 \pm 1,7$ ммоль/л при выписке. Среднее минимальное значение глюкозы крови $4,9 \pm 1,2$ ммоль/л, максимальное – $6,5 \pm 2,3$ ммоль/л.

На инсулинотерапии в группе оперативного лечения находилось 78,9%, на пероральных сахароснижающих препаратах (ПССП) – 21% пациентов. Причем, средняя суточная доза инсулина составляла $43,7 \pm 21,4$ ЕД.

В группе 84% женщин и 16% мужчин. Средний показатель ИМТ: $31,33 \pm 3,0$ кг/м² у женщин и $27,2 \pm 5,1$ кг/м² у мужчин.

Из группы консервативного лечения в состоянии субкомпенсации в стационар поступило 69,6%, в состоянии декомпенсации – 30,4% больных. Нейропатическую форму СДС имели 43,5%, смешанную – 56,5% пациентов. В данной группе диагностированы легкие поражения стоп (0-2 степени по Wagner), что и явилось обоснованием для проведения консервативной терапии.

Ишемической болезнью сердца страдали 73,9%: стенокардия III ФК в группе консервативного лечения составила 79,4%, I-II ФК – 20,6% случаев. Гипертоническую болезнь имели 73,9% больных, из них артериальная гипертензия 3 степени 39,1%, 1-2 степени – 60,9%. Инсульт и инфаркт перенес каждый пятый больной данной группы.

Средний уровень глюкоза крови натощак составил $10,85 \pm 4,3$ ммоль/л при поступлении и $10,4 \pm 3,6$ ммоль/л при выписке. Среднее минимальное значение глюкозы крови $6,3 \pm 2,6$ ммоль/л, максимальное – $7,9 \pm 3,6$ ммоль/л.

На инсулинотерапии 39,2%, на ПССП – 19,6%, на комбинированной терапии (инсулин + ПССП) – 41,2% больных. Причем, средняя суточная доза инсулина – $35,2 \pm 18,7$ ЕД.

Среднее количество койко-дней в данной группе $12,9 \pm 3,5$.

Соотношение мужчин и женщин 50% на 50%. Средний показатель ИМТ: $29,33 \pm 4,1$ кг/м² у женщин и $26,2 \pm 5,6$ кг/м² у мужчин.

Все пациенты страдали тяжелой формой СД, так как в 100% случаев имели СДС. Высокий процент больных в обеих группах, поступивших в стационар в состоянии субкомпенсации, можно объяснить тем, что причиной госпитализации больного СД может быть не только нуждаемость в оперативном лечении, но и необходимость улучшения контроля заболевания, проведения обследования пациента, перевода его на инсулинотерапию при СД 2-го типа и др.

Среднее количество койко-дней в первой группе почти в 2 раза превышало число койко-дней во второй группе. Это связано с тем, что больным, нуждающимся в хирургическом лечении, проводилась не одна операция, а несколько, что и увеличило их продолжительность нахождения в стационаре.

Нейро-ишемическая форма СДС преобладала, причем, в группе оперативного лечения смешанная форма встречалась в 2 раза чаще, чем нейропатическая. Это свидетельствовало о

наиболее неблагоприятном прогнозе для больных с данной формой СДС. Резекции и ампутации чаще проводились у пациентов с нейроишемической формой СДС и именно эти больные имели более высокий функциональный класс стенокардии, тяжелую степень артериальной гипертензии, высокие показатели ИМТ и длительный стаж СД.

Наиболее частые случаи острых нарушений как мозгового, так и коронарного кровообращения в анамнезе, у представителей группы, получивших оперативное лечение, свидетельствует о том, что атеросклеротические поражения сосудов усугубляют не только течение СДС, но и приводят к сосудистым «катастрофам» в миокарде и головном мозге, а хроническая гипергликемия, приводящая к дисфункции эндотелия, еще больше ухудшает течение заболевания.

Более низкие показатели гликемии в группе больных, которым было показано оперативное лечение, свидетельствует о том, что тяжелые формы СДС не всегда ассоциированы с высокими

цифрами глюкозы крови, а так же о том, что таким больным должна проводиться, и проводится интенсификация инсулинотерапии, что и позволяет им достичь таких показателей. Об этом так же свидетельствуют более высокие средние дозы инсулина в группе оперативного лечения.

СД встречается чаще у женщин, что можно объяснить более высоким средним показателем ИМТ, чем у мужчин.

Выводы

1. Тяжесть состояния больного СД с СДС определялась не только выраженностью поражения нижних конечностей, но и тяжестью сопутствующей соматической патологии.

2. В большинстве случаев тяжесть состояния больного была обусловлена тяжелой сердечно-сосудистой патологией.

3. Ведение таких больных должно быть согласовано хирургом и терапевтом с целью более качественного контроля уровня гликемии, лечения осложнений СД и сопутствующей патологии.

16.02.2011

Список литературы:

1. Boulton, A.J. Lancet / A.J. Boulton, L. Vileikyte [et al.]. 2005; 366: 1719-1724.
2. Дедов, И.И. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет» / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, М.А. Максимова. – М., 2007.
3. Питерс-Хармел, Э. Сахарный диабет: диагностика и лечение / Э. Питерс-Хармел, Р. Матур. Пер. с англ. – М.: Практика, 2008. – 496 с.
4. Сунцов, Ю.И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным / Ю.И. Сунцов, Г.Ю. Страхова, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. – М., 2008. С. 37-48.
5. Удовиченко, О.В. Диабетическая стопа / О.В. Удовиченко, Н.М. Грекова. – М.: Практическая медицина, 2010. – 272 с.

Сведения об авторах:

Бойтуш О.А., клинический ординатор по эндокринологии, кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии Оренбургской государственной медицинской академии,
e-mail: anasko68914090@mail.ru

Мансурова З.Я., клинический ординатор по терапии, кафедра пропедевтики внутренних болезней Оренбургской государственной медицинской академии, e-mail: karina-doc@mail.ru

UDC 616.370-008.64:616.1

Boytush O.A., Mansurov Z.Ya.

Orenburg State Medical Academy, Department of Internal Medicine Propaedeutics

E-mail: anasko68914090@mail.ru

ТHERAPEUTIC STATUS IN CLINICAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

The results of the study of the therapeutic status of patients with diabetes mellitus (DM) type 2 with diabetic foot syndrome (SDS), being hospitalized in a surgical ward. Revealed that not only the complications of diabetes cause the severity of the patient, but also the concomitant somatic pathology may aggravate during the PIF.

Key words: diabetes mellitus type 2, diabetic foot syndrome, cardiovascular diseases.

Bibliography:

1. Boulton, A.J. Lancet / A.J. Boulton, L. Vileikyte [et al.]. 2005; 366: 1719-1724.
2. Grandparents, I.I. Federal target program «Diabetes Mellitus» / I.I. Grandparents, M.V. Shestakova, M.A. Maximov. – М., 2007.
3. Peters Harmel, E. Diabetes: diagnosis and treatment / E. Peters Harmel, R. Mathur. Trans. from English. – М.: Practice, 2008. – 496.
4. Suntsov, Y. Screening for complications of diabetes as a method for assessing the quality of medical care to patients / Y.I. Suntsov, G.Y. Strakhov, O.V. Udovichenko, G.R. Galstyan. – М., 2008. S. 37-48.
5. Udovichenko, O. Diabetic Foot / O.V. Udovichenko, N.M. Grekova. – М.: Practical Medicine, 2010. – 272.