



ГУЗ СОКБ № 1,
Екатеринбург^[1]
МГМСУ,
Москва^[2]

Влияние хирургического лечения синдрома диабетической стопы на качество жизни пациентов

Т.В. ГРАЧЕВА^[1], к. м. н. Е.И. ЛЕВЧИК^[1], д. м. н., проф. А.М. МКРТУМЯН^[2]

Цель исследования: изучение качества жизни больных в отдаленные сроки после хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы исследования. Открытое проспективное контролируемое исследование отдаленных результатов хирургического лечения и качества жизни 116 пациентов с осложненными формами СДС после хирургического лечения. СД 1 типа диагностирован у 24 (21%) больных, СД 2 типа – у 92 (79%) больных.

По ближайшим исходам хирургического лечения больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 34 пациента после ампутаций выше дистальной трети стопы с неудовлетворительным непосредственным результатом лечения. Вторая группа включала 82 больных с удовлетворительными ближайшими исходами. В контрольную группу вошли 30 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, без СДС в анамнезе, сопоставимыми с пациентами групп сравнения демографическими данными. Длительность сахарного диабета у пациентов составила $16,0 \pm 9,4$, $13,9 \pm 8,9$ и $14,0 \pm 8,5$ года соответственно. В группе с неудовлетворительными непосредственными исходами лечения преобладали пациенты с гангренной стопы ($p < 0,05$). У пациентов с удовлетворительными исходами

лечения чаще выявляли флегмону, поражение костно-суставного аппарата стоп ($p < 0,05$). При некрозе (сухой гангрене) и инфицированной трофической язве стопы существенных различий в частоте неудовлетворительных и удовлетворительных исходов не обнаружили ($p > 0,1$).

СДС у пациентов, включенных в исследование, относили к одной из трех основных его клинико-морфологических форм – нейропатической, нейроишемической, ишемической [1]. Степень выраженности хронической артериальной ишемии определяли клинически – по Фонтейну-Покровскому – и подтверждали выполнением ультразвуковой доплерографии с расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) [2]. В группе пациентов с удовлетворительными непосредственными результатами лечения было больше больных с нейропатической формой СДС ($p < 0,05$). У 26 (76,5%) из 34 пациентов с неудовлетворительными исходами хирургического лечения выявили поражение артерий нижних конечностей, что больше, чем в группе удовлетворительных результатов – у 50 (61%) из 82 больных ($p < 0,05$). Через 1–2 месяца после эпителизации ран и восстановления нагрузки на нижние конечности пациенты направлялись на консультацию ортопе-

да на протезно-ортопедическом предприятии для изготовления разгрузочных стелек, а впоследствии – ортопедической обуви. Через 6 месяцев после выполнения «высокой» ампутации пациентам рекомендовали изготовление протеза. Через 6–18 месяцев всем пациентам разослали анкету-опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey) [3, 4]. 36 пунктов анкеты-опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ); интенсивность боли (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизненная активность (ЖА); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ); психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов означает полное здоровье. Все шкалы формируют два обобщенных показателя: душевное благополучие (ДБ) и физическое благополучие (ФБ). Для определения функциональной полноценности нижней конечности рассылали анкету-опросник «Функциональная шкала нижних конечностей» (ФШНК) [3]. Анкета функциональной шкалы нижних конечностей составлена из 20 вопросов, касающихся физических затруднений, связанных с функцией

эндокринология



нижних конечностей. Максимальная сумма – 80 баллов – соответствует полной функциональной полноценности нижней конечности [3]. При отсутствии ответа на первое обращение письмо с анкетами-опросниками посылали повторно (через 2 месяца). В контрольной группе анкетирование проводили очно; пациенты самостоятельно отвечали на вопросы.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего было получено 79 (68,1%) ответов на 116 писем-обращений, из которых в 61 (52,6%) случае содержались ответы на вопросы анкет, а в 18 (15,6%) – сообщение о смерти пациента. На 37 (31,9%) писем ответов не поступило.

Межгрупповых различий в полученных нами ответах на письма не выявлено ($p > 0,1$). Однако в группе неудовлетворительных результатов было получено больше сообщений о смерти больных ($p < 0,05$). Соответственно, доля ответивших на вопросы анкет в группе пациентов с удовлетворительными результатами лечения была выше ($p < 0,05$). При оценке показателей баллов по шкалам (ФФ, РФ, ИБ, ОЗ, ЖА, СФ, РЭ, ПЗ) зафиксированы ненормальные распределения, поэтому в описательной статистике использованы показатели медианы и 25, 75 процентилей. Показатель физического функционирования (ФФ) у больных с неудовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения был самым низким. Незначительное уменьшение показателя ФФ наблюдали в сравнении с пациентами СД без СДС и у больных с удовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения. Мы связываем этот факт с длительным (3–6 месяцев) периодом медицинской реабилитации и использования вспомогательных средств функциональной разгрузки нижней конечности (костыли, кресло-каталка, ходунки). Показатель ролевого функционирования (РФ) оказался крайне низким у больных всех групп сравнения, что отражало преобладание социально малоактивных пациентов –

пенсионеров и инвалидов, а также неудовлетворенность остальных качеством своей ролевой деятельности. Интенсивность боли (ИБ) в группе больных после высоких ампутаций превосходила таковую у пациентов после органосохраняющих операций и у пациентов без поражения нижних конечностей (1:2). Баллы общего здоровья (ОЗ) имели низкие значения у пациентов всех групп сравнения, очевидно, в связи с пессимистической оценкой больными состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив дальнейшего лечения. Пациенты, перенесшие высокие ампутации, даже несколько выше оценивали показатель ОЗ, вероятно, вследствие радикального решения длительно существовавшей тяжелой проблемы со здоровьем. Показатель жизненной активности (ЖА) был снижен у всех больных, что свидетельствовало о снижении жизненной активности у всех обследованных пациентов с длительным течением (10–20 лет) СД. Группа больных с неудовлетворительными результатами хирургического лечения имела самый низкий балл социального функционирования (СФ) (1:2, по отношению к обеим группам сравнения), что объяснялось возникшими физическими ограничениями и эмоциональным состоянием в связи с потерей нижней конечности, ограничивающими социальную и трудовую активность и разрушившими привычный круг общения. В то же время в группе больных с удовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения осложненного СДС и в контрольной группе (пациенты СД без СДС) значения СФ существенно не различались (1:1).

Анкетирование выявило низкие показатели эмоционального состояния (РЭ) у больных всех групп сравнения. Полученные результаты, вероятно, отражали низкую трудовую и повседневную бытовую активность включенных в исследование больных старшей возрастной группы с длительным течением СД. Показатель психического здоровья (ПЗ) отражал соотношение поло-

жительных эмоций, тревоги и депрессии и составил в сравниваемых группах пациентов от 34 до 44 баллов из 100 возможных; межгрупповых различий не обнаружили. Во всех трех группах сравнения преобладали тревожное и депрессивное настроения. Интегральные показатели душевного благополучия (ДБ), составленные из шкал психического здоровья, ролевого функционирования, социального функционирования и жизненной активности, существенно не различались между группами сравнения и колебались в интервале 31–37 баллов из 100 максимальных. Причинами низких показателей ДБ во всех группах больных считали преобладание в их составе пенсионеров и инвалидов с длительным течением СД и низким уровнем социальной защищенности. Физические ограничения, связанные с утратой нижней конечности, и их социальные и иные последствия, сохранение интенсивного болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде у больных с неудовлетворительными непосредственными результатами хирургического лечения обусловили самый низкий средний балл физического благополучия (ФБ) при парном сравнении с аналогичными показателями двух других групп ($p < 0,025$).

Таким образом, результаты анкетирования в отдаленные послеоперационные сроки при помощи опросника SF-36 пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными непосредственными исходами хирургического лечения осложненных форм СДС и больных СД без СДС выявили явные преимущества «экономных» резекций стопы по показателям физического и социального функционирования. Тем не менее во всех группах сравнения наблюдали выраженное снижение баллов душевного благополучия и показателей, его составляющих. В значительной мере это отражало низкое качество социальной реабилитации включенных в исследование пациентов – преимущественно старшей возрастной группы и с длительным течением сахарного диабета. ❁

Эндокринология