

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА – У статті проаналізовано результати анкетування 235 досліджуваних хворих. Досліджено питання якості життя та медико-соціальної адаптації хворих на ССД.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ СТОПЫ ДИАБЕТИКА – В статье проанализированы результаты анкетирования 235 исследуемых больных. Исследован вопрос качества жизни и медико-социальной адаптации больных ССД.

MEDICAL AND SOCIAL REABILITATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME – The paper analyzed the questionnaire surveyed 235 patients. The question of quality of life and medical and social rehabilitation of patients with diabetic foot syndrome.

Ключові слова: хворі на цукровий діабет (ЦД), синдром стопи діабетика (ССД), SF – 36.

Ключевые слова: больные сахарным диабетом (СД), синдром стопы диабетика (ССД), SF – 36.

Key words: patients with diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, SF – 36.

ВСТУП Хірургічне лікування хворих на синдром стопи діабетика (ССД) і надалі залишається найбільш актуальною проблемою ендокринно хірургії. Це пов'язано з подальшим збільшенням хворих на цукровий діабет, кількість яких у світі до 2010 року сягне 240 млн, а до 2030 року зросте до 366 млн, 80-90 % з яких складатимуть пацієнти з ЦД II типу. Тому для суспільства це становить значну медико-соціальну проблему, що пов'язана зі значними економічними витратами [1-7].

Протягом життя у 5 % хворих на ЦД виникає ССД, який у 3 % пацієнтів є безпосередньою причиною високих ампутацій нижніх кінцівок, яких в рік виконується від 57000 до 125000, або 150 ампутацій в день. Протягом наступних 3-5 років у 50-60 % цих хворих виконують ампутацію і другої кінцівки. Післяопераційна смертність пацієнтів коливається в межах 8,9-25 %, а за даними окремих дослідників, сягає 41 % [8-17].

Ампутації кінцівок у вищезазначених хворих призводять до стійкої інвалідизації, значно гірше піддаються протезуванню, а в багатьох випадках протезування взагалі стає неможливим. Безпорадність, відсутність вільного пересування, залежність від наркозистів, страх від втрати другої кінцівки призводить до розвитку астено-невротичних станів та депресії. Окрім того виникає зниження толерантності до фізичних навантажень, атрофія м'язів та різні обмінно-дистрофічні зміни в хребті, суглобах верхніх та нижніх кінцівок. Всі ці фактори зумовлюють значне зниження медико-соціальної адаптації та якості життя у хворих на ССД [18-22].

На сучасному етапі якість життя – це новий ефективний критерій оцінки ефективності лікування хво-

рих. Він представляє собою інтегральне значення фізичного, психологічного, емоційного і соціального стану пацієнта. Останнє зумовлене тим, що клінічні критерії не завжди відповідають соціальній значущості отриманих результатів, відображаючи лише динаміку хвороби. За рівнем якості життя проводиться вибір і корекція різних методів як хірургічного, так і консервативного лікування, реабілітація та оцінка результатів лікування. Тому ефективність лікування хворих на ССД повинна визначатися не лише за критерієм збереження нижньої кінцівки, але і за оцінкою наступної якості життя хворого та його медико-соціальною адаптацією.

Мета дослідження – вивчити медико-соціальну адаптацію та якість життя хворих на синдром стопи діабетика.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ З метою вивчення питань медико-соціальної адаптації хворих на ССД, ми провели аналіз результатів анкетування 235 досліджуваних хворих. Чоловіків було 138 (58,6 %), жінок – 97 (41,4 %), віком від 25 до 72 років. Переважну кількість хворих склали пацієнти працездатного віку – 161 (68,5 %). Однак при аналізі вікового аспекту видно, що основна кількість пацієнтів складає вікову групу старше 46 років – 206 хворих (87,6 %). Це можна пояснити тим, що ССД є пізнім ускладненням ЦД і для його розвитку повинен пройти більш тривалий період основного захворювання.

Цукровий діабет I типу (інсулінозалежний ЦД) діагностовано у 27 хворих (11,5 %), II типу (інсулінонезалежний ЦД) – у 197 (83,8 %). Серед обстежених хворих було 11 (4,7 %) пацієнтів, у яких ЦД був вперше виявлений при зверненні за медичною допомогою з приводу гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок. Причому всі ці хворі були віком до 45 років.

Тривалість захворювання до госпіталізації була в межах від вперше виявленого ЦД до 36 років, в середньому (14,3±0,84) років.

Оцінку якості життя (ЯЖ) хворих на ССД проводили обробляючи дані загального міжнародного опитувальника SF-36, який був адаптований і для використання в Україні [23]. Узагальнююча обробка та оцінка результатів даного опитувальника потребує складних статистичних обчислень за статевими ознаками, віком хворих, типом ЦД, патогенетично формами ССД, ступеня поширення гнійно-некротичного процесу тощо. Це було значно переобтяжило роботу, тому ми використали дещо спрощений та адаптований до дослідження варіант.

Опитувальник складається з 36 питань, які формують 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФФ), біль (Б), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування зумовлене емоційним станом (РФЕ), психічне здоров'я (ПЗ). Кількість питань в кожній

шкалі становить від 2 до 10. Результати дослідження після обрахунків виражаються в балах від 0 до 100.

Фізичний компонент здоров'я включає в себе: фізичне функціонування, рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, біль та загальний стан. Психологічний компонент складається з психічного здоров'я, рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, соціального функціонування та життєво активності.

Опрацювання отриманих даних порівняно із здоровими людьми дозволяє охарактеризувати ступінь якості життя хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз отриманих результатів дозволив встановити низький рівень соціально адаптації та надання спеціалізовано медично допомоги хворим на ССД. Не дивлячись на тривалий перебіг ЦД, 72,4 % не володіли достатньою інформацією про це захворювання. Пацієнти не орієнтувалися в загальноосвітніх питаннях та правилах життя при ЦД, виді та характері дієтичного харчування, загальних принципах проведення інсулінотерапії, догляді за нижніми кінцівками тощо. Не дотримувалися рекомендованих схем лікування, нерегулярно приймали цукрознижуючі препарати та самостійно проводили корекцію лікування 68,2 % пацієнтів і лише 18,4 % хворих регулярно відвідували ендокринолога. Практично всі хворі володіли інформацією про небезпеку розвитку гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок, але лише 5,7 % хворих дотримувалися правил догляду за нижніми кінцівками. Звертає на себе увагу і той факт, що 71,4 % хворих були з сільсько місцевості. Основними провокуючим факторами розвитку гнійно-некротичних уражень слугували мікротравми (48,3 %), носіння тісного взуття (16,2 %), наявність хронічних трофічних виразок (14,5 %), неправильне обрізання нігтів (4,5 %) тощо. Навіть розвиток гнійно-некротичного процесу на нижніх кінцівках не змушував хворих вчасно звертатися за медичною допомогою і вони на початкових етапах займалися самолікуванням (68,2 %). Часто таких пацієнтів госпіталізували з важкими поширеними гнійно-запальними ураженнями кінцівок аж до розвитку гангрені, що зумовлювало необхідність проводити малі та високі ампутації. 33,2 % прийнято в стаціонар з явищами кетоацидозу та декомпенсації ЦД. Пізні звернення за медичною допомогою хворі в основному пояснювали відсутністю коштів на лікування, неможливістю забезпечити догляд як за пацієнтом, так і за господарством, апатичним, депресивним станом, небажанням жити.

За нашими підрахунками, приблизна вартість стаціонарного лікування одного хворого з трофічною виразкою коливалась в межах 1200-2500 гривень, при проведенні хірургічних обробок та малих ампутацій – 3400-9000 гривень, при виконанні високих ампутацій – 2500-4300 гривень. Якщо додати до цього вартість амбулаторного лікування, соціальні виплати щодо листків непрацездатності та безкоштовне отримання інсуліну, то стають зрозумілими реальні матеріальні витрати як державних коштів, так і коштів самих пацієнтів.

Аналіз вікового аспекту показав, що основна кількість пацієнтів була старше 46 років (87,6 %), яка за рахунок основно патології, ускладнень (діабетичні

ангіопатії, нейропатії, нефропатії, ураження опорно-рухового апарату та ін.) і супутніх захворювань вимагає спеціалізовано медично допомоги та соціально адаптації.

Хоча на момент госпіталізації середній вік хворих складав (52,6±0,8) років, пенсіонери за віком становили 52,4 %, а пенсіонери-інваліди – 6,7 % (відповідно, 1 групи – 1,2 %, 2 групи – 2,3 %, та 3 групи – 3,2 %). Всі пенсіонери за віком хворіли на діабет II типу, а за інвалідністю розподіл був наступним: 7 хворих на ЦД I типу та 9 хворих на ЦД II типу. Якщо серед хворих на ІІІЦД причиною виходу на інвалідність була ампутація кінцівки, то серед хворих на ІІІЦД більшого значення мали інші ускладнення ЦД (тяжкий лабільний перебіг, нефропатія, ретинопатія, тяжкі полінейро- та енцефалопатії).

Тривалий перебіг ЦД, розвиток системних ускладнень, перенесені оперативні втручання на нижніх кінцівках (хірургічні обробки, малі та високі ампутації), автоматично переносять хворих на ЦД в групу ризику пролонгації розвитку ССД.

Існує ціла низка медичних проблем у наданні спеціалізованої допомоги хворим на ССД, які потребують свого вирішення на державному рівні. До них належать: відсутність спеціалізованих відділень та підготовлених спеціалістів-хірургів, особливо в умовах районних, номерних лікарень та амбулаторній ланці; неправильна діагностика характеру та поширеності патологічного процесу; невірний вибір тактики комплексного диференційованого лікування; необгрунтоване відтермінування проведення хірургічного втручання та неадекватне за об'ємом проведення останнього.

Оцінку якості життя хворих на ССД проводили порівняно з результатами анкетування 30 людей, які оцінювали свій стан як "повністю здоровий". Контрольну групу представили люди репрезентативні за віком та статтю відносно хворих на ССД.

Середні показники ЯЖ у хворих на ССД представлено в таблиці 1.

Аналіз даних таблиці дозволяє зробити висновок, що практично всі загальні показники ЯЖ у хворих на ССД статистично достовірно знижені відносно контрольної групи.

У хворих на ССД значно знижуються можливості щодо самообслуговування та виконання повсякденних обов'язків, про що свідчить зниження ФФ на 50,6 % та РФФ на 61,8 %. На виконання щоденного фізичного навантаження значно впливає і больовий синдром, зменшуючи загальні можливості функціонування хворого на 34,9 %. Загальний стан здоров'я та життєва активність знижується майже вдвічі.

До лімітуючих факторів моторно активності хворих на ЦД належать: порушення рівноваги тіла, координації рухів, просторово орієнтації, гіпотрофія або атрофія м'язів, контрактури та порушення функції суглобів, порушення зору, зниження мотивації до ходи, наявність ангіо- та нейропатій.

Характерно змінюється хода хворих на ЦД: темп та швидкість сповільнені, хода нестійка, довжина кроку вкорочена, пересування можливе на незначні відстані, швидко виникає втома. Спостерігається втрата мотивації до пересування, хворі бояться ходити на милі-

Таблиця 1. Середні показники ЯЖ у здорових людей та хворих на ССД

Шкала	Контрольна група (n=30)	Хворі на ССД (n=235)
Фізичне функціонування (ФФ)	92,4±1,16	45,6±3,18*
Рольове фізичне функціонування (РФФ)	84,8±2,04	32,4±2,04*
Біль (Б)	82,5±3,12	53,7±3,25*
Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	74,6±4,24	48,8±2,48*
Життєва активність (ЖА),	69,8±2,16	34,3±1,98*
Соціальне функціонування (СФ),	81,5±4,56	38,7±2,12*
Рольове емоційне функціонування (РЕФ)	86,2±8,14	28,4±1,86*
Психічне здоров'я (ПЗ)	76,5±3,86	56,8±3,58*

Примітка. * – різниця на рівні $p < 0,05$.

цях, що особливо виражене у пацієнтів старшого та похилого віку. Хворі намагаються більше перебувати в ліжку або пересуватися на колясках, що призводить до атрофії м'язів та обмеження рухомості суглобів.

Протезування кінцівок ускладнюється астеничними станами, депресіями, зниженням активно життєвої позиції, волі, хоча всі хворі стверджують, що вони будуть активно вчитися користуватися протезами.

Внаслідок обмежених фізичних можливостей хворих страждає і їх соціальна адаптація. Різко знижується рівень спілкування та соціальних контактів хворих, про що свідчить зниження індексу СФ на 52,5 % та РЕФ на 67,1 %. Такі зміни з боку показників РЕФ вказують на суттєві розлади психоемоційної сфери хворих на ССД. Часто в них відмічаються загальне зниження емоційного стану, апатія, байдуже ставлення до навколишніх подій тощо, що змінює їх відношення до виконання щоденних обов'язків. Це може призвести до виникнення депресії, тривожних станів, психічних негараздів, на що вказує зменшення показників ПЗ на 25,8 %.

Вказану тенденцію характеризують і узагальнюючі показники фізичного статусу (ФС) та психічного статусу (ПС).

Узагальнюючі показники ФС включають в себе значення ФФ, РФФ, Б та ЗСЗ. Для хворих на ССД цей показник склав 47,9±2,74 проти 83,6±2,64, тобто загальний фізичний статус у обстежених хворих майже вдвічі нижчий ніж в контрольній групі. Аналогічна тенденція відмічена і в психологічному статусі, де ПС для хворих на ССД склав 39,6±4,0 проти 78,5±4,68.

Аналіз ЯЖ залежно від патогенетичної форми ураження при ССД дозволив констатувати відмінності в різних групах пацієнтів.

Найменш виражені зміни ЯЖ відмічені у хворих з нейропатично-інфікованою формою ССД, про що свідчать загальні показники фізичного та психологічного статусу (ФС – 64,5±2,48 та ПС – 63,7±3,46). Це пояснюється молодшим віком пацієнтів, які оптимістичніше дивляться на життя, займають активну життєву позицію та менше страждають від больового синдрому. Збережене кровопостачання нижніх кінцівок дозволяє виконувати хірургічні обробки та малі ампутації на стопі при розвитку гнійно-некротичних ускладнень та зберегти опірну функцію кінцівки. Це дозволяє хворим легше адаптуватися в суспільстві як в фізичному, так і в психологічному плані. Проте і у них вивчені показники ЯЖ були нижчими та достовірно відрізнялися від контрольної групи ($p < 0,05$).

Найбільші зміни ЯЖ відмічені у хворих на ішемічно-гангренозну форму ССД. Цю групу склали хворі старшого та похилого віку, із значним стажем ЦД та розвитком системних ускладнень. Діабетичні ангіопатії призводять до декомпенсації периферичного кровообігу з розвитком критично ішемії кінцівок, що часто закінчується високою ампутацією та інвалідизацією хворого. Обмеження фізичної активності, больовий синдром, системні ураження призводять і до значних змін психоемоційного стану пацієнтів. Це стверджується і дослідженими показниками ФС – 34,9±3,64 та ПС – 28,9±2,34.

Хворі з НФ ССД зайняли проміжне становище із показниками ФС – 56,7±2,85 та ПС – 54,6±2,17, які достовірно нижче показників контрольної групи ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ 1. Результати лікування хворих на ССД не можна визнати задовільними і з медичних, і з соціальних міркувань, про що свідчить значне зниження медико-соціальної адаптації та ЯЖ цих пацієнтів.

2. Ефективність медико-соціальної реабілітації хворих на ССД повинна визначатися характером мультидисциплінарної допомоги, яка включає в себе всепрофільне навчання пацієнтів, адекватну відновлювальну терапію, кваліфікований подіатричний догляд, ортопедичну та хірургічну корекцію деформацій стопи, протезування, соціально-середовищну і професійну реабілітацію. Програма реабілітаційних заходів повинна плануватися з урахуванням клініко-патогенетичної форми ССД, характеру ураження, супутніх системних ускладнень цукрового діабету і базуватися на ступені тяжкості патофункціональних порушень і обмеженні життєдіяльності.

3. Якість життя хворих залежить від патогенетичної форми ССД та тяжкості ураження нижніх кінцівок.

4. Зниження рівня ампутацій нижніх кінцівок дозволяє значно покращити якість життя та медико-соціальну адаптацію пацієнтів.

5. Динамічний моніторинг хворих на ССД з оцінкою окремих складових ЯЖ дозволить більш адекватно та оперативно розробляти і корегувати заходи щодо лікування та реабілітації хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Стандарти діагностики та лікування хворих на цукровий діабет / Ю.І. Караченцев, Н.О. Кравчун, О.В. Козаков // Проблеми ендокринної патології. – 2003. – № 1. – С. 85-115.
2. Боднар П.Н., Михальчишин Г.П. Актуальні питання діагностики та лікування цукрового діабету // Мистецтво лікування. – 2003. – № 1. – С. 51-55.

3. Зиммет П. Быстрый рост распространенности сахарного диабета II типа и угроза эпидемии этого заболевания в будущем // Украинский медицинский часопис. – 2002. – № 3 (29). – V-VI. – С. 5-8.
4. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030 / Wild S., Roglic G., Green A. et al. // Diabetes Care. – 2004. – V.27. – P. 1047-1053.
5. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений. – М.: Медицина, 2005-511 с.
6. Караченцев Ю.И., Тимченко А.М., Козаков О.В. Ендокринологічна захворюваність населення та основні напрямки розвитку спеціалізованої допомоги // Проблеми ендокринної патології. – 2002. – № 2. – С. 24-33.
7. Прадіус П.Г., Северин О.В., Письменна Н.В. Епідеміологія та економіка цукрового діабету (мініогляд) // Ендокринологія. – 2000. – № 1. – С. 109-114.
8. Melissa F. Green, Zarrintaj Aliabadi, Bryan T. Green. Diabetic foot: Evaluation and management / South Med. J. – 2002. – Vol. 95, № 1. – P. 95-101.
9. Jefcoate W.J., van Houtum W.H. Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes // Diabetologia. – 2004. – Vol. 47. P. 2051-2058.
10. Абышев Н.С., Закирджаев Э.Д. Ближайшие результаты больших ампутаций у больных с окклюзивными заболеваниями артерий нижних конечностей // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 15-19.
11. Федоренко В.П. Фактори ризику виконання високої ампутації нижньої кінцівки і летальності при некротично-запальному ураженні стопи у хворих на цукровий діабет // Клінічна хірургія. – 2000. – № 3. – С. 30-33.
12. Критерії ефективності комплексного хірургічного лікування некротично-запального ураження стопи у хворих на цукровий діабет / В.П. Федоренко, А.В. Федоренко, А.В. Смерена // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 2. – С. 436-437.
13. Loredi R.A., Garcia G., Chhaya S. Medical imaging of the diabetic foot // Clin. Podiatr. Med. Surg. – 2007. – № 3. – P. 397-424.
14. Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. Поражение нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Співіліум медіцини України. – 2007. – Т. 1, № 3. – С. 22-25.
15. Ефимов А., Болгарская С. Синдром диабетической стопы. Эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение трофических поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Ліки України. – 2005. – № 5. – С. 45-53.
16. Павлов Ю.И. Распространенность гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы и преимущества специализированной помощи // Вестник хирургии. – 2005. – № 5. – С. 19-22.
17. Thanh L. Dinh, Aristidis Veves. The Diabetic Foot. International Textbook of Diabetes Mellitus, third edition. R.A. DeFronzo, E. Ferrannini, H. Keen, P. Zimmet (eds), John Wiley & Sons Ltd. – 2004. – P. 1315-1320.
18. Исследования качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джаманчиев // Хирургия. – 2008. – С. 73-76.
19. Качество жизни пациентов с диабетической полинейропатией / Л.А. Капустина, О.С. Нестерова, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 3. – С. 47-52.
20. Качество жизни пожилых больных с синдромом диабетической стопы / М.Д. Дибров, Д.Г. Киртадзе, С.А. Терещенко // Клиническая геронтология. – 2007. – № 5. – С. 15-20.
21. Татжикова К.А. Влияние полимагнитотерапии на качество жизни больных синдромом диабетической стопы с хронической артериальной недостаточностью // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 87-89.
22. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 1. – С. 9-13.
23. Фещенко Ю.И., Мостовой Ю.М., Бабійчук Ю.В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9-11.

Отримано 23.11.09.