

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ГБУЗ СО «СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛИНИЦА №1» В 2015 ГОДУ

Бабушкина Ю.В.<sup>1</sup>, Бурлева Е.П.<sup>2</sup>, Галимзянов Ф.В.<sup>1,2</sup>, Фоминых Н.А.<sup>1</sup>  
Малишевская А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России Кафедра общей хирургии, г. Екатеринбург, Россия

**Цель.** Оценить результаты ведения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС), обратившихся на специализированный прием врача – подиатра.

**Материалы и методы.** Проведен анализ амбулаторных карт пациентов с СДС, обратившихся на специализированный прием в «Кабинет диабетической стопы» (КДС) ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» в 2015 году.

**Результаты.** В 2015 г. на специализированном подиатрическом приеме диагноз СДС установлен у 269 пациентов: 1) Нейропатический тип СДС диагностирован у 139 пациентов (51,7%). Из них 35 человек (13%) имели различные стадии диабетической остеоартропатии (ДАОП), у 16 (45,7%) пациентов зафиксированы трофические язвы. 2) Нейро-ишемический тип СДС выявлен у 130 пациентов (48,3%).

Все язвенные дефекты разделены согласно классификации Техасского университета.

Нейропатический тип синдрома диабетической стопы: **A0** - 19 пациентов (ДАОП в активной и неактивной стадии, без язв на момент обращения). **A1** - 50 пациентов (35,9%). Продолжили наблюдение у подиатра – 29 пациентов. Размеры язвенных дефектов от 0,3 см 2 до 17,6см<sup>2</sup>. Сроки существования язв от 1 мес. до нескольких лет. Полная эпителизация – 25 пациентов, сохраняется язва – 4 человека. Сроки эпителизации от 2 до 17 недель (M = 9 недель). Рецидивы язвы зафиксированы у 5 человек. **AII** - 8 пациентов (5,8%). Продолжили наблюдение – 4 человека. Эпителизация – 4 пациента. Размеры язв от 1,44 см 2 до 21см<sup>2</sup>, сроки эпителизации от 12 до 30 недель. **BI** - 24 пациента (17,3%). Продолжили наблюдение – 17 пациентов. Эпителизация – 17 человек. Сроки эпителизации от 2 до 30 недель (M=11 недель). Рецидивы -2. **BII** – 10 пациентов (7,2%). Продолжили наблюдение – 6 человек. Эпителизация – 4 пациентов. Средний срок эпителизации – 12 недель. Сохраняется язвенный дефект – 2 человека. **BIII** – 28 пациентов (20,4%). Продолжили наблюдение – 15 человек. Ампутации в пределах стопы - 6. Ампутация на уровне голени – 1. Эпителизация, без малых ампутаций – 4, включало

консервативное лечение остеомиелита. Средний срок эпителизации – 12 недель. Сохраняется язвенный дефект – 4 пациента. Рецидивы – 5 человек. При нейропатическом типе СДС - сохранение опороспособной стопы с отсутствием язв (включая пациентов с ДОАП и после малых ампутаций) у 79 человек.

Нейро-ишемический тип СДС: **CI** - 43 пациента (33,1%), продолжили наблюдение 22 пациента. Высокая ампутация – 3. Ампутация в пределах стопы – 2. Сохраняется язвенный дефект – 6. Эпителизация без ампутаций - 11. **CII** – 7 пациентов (5,4%). Продолжили наблюдение – 6 человек. Малая ампутация – 2. Эпителизация – 3. Сохраняется язва – 3. **CIII** - 22 пациента (16,9%), продолжили наблюдение 16 человек. Высокие ампутации – 4. Малые ампутации – 5. Через год: сохраняется язвенный дефект – 6, эпителизация – 6. **DI** - 4 (3,1%), продолжили наблюдение – 2. Эпителизация – 2. **DII** - 3 (2,3%), 1 малая ампутация, эпителизация – 1, сохраняется язва - 1. **DIII** - 51 пациент (39,2%). Продолжили наблюдение 33 пациента. Высокие ампутации -17. Малые ампутации - 14, с последующей эпителизацией. В группе нейро-ишемической формы СДС исходные размеры язв составили от 3см<sup>2</sup> до 22,5см<sup>2</sup>. Полной эпителизации, в том числе после малых ампутаций добились у 41 пациента. Средний срок эпителизации (CI) – 17 недель (от 4 до 50 недель). Средний срок эпителизации (CII-DIII) – 39 недель. Высокие ампутации - 24, преимущественно в группе D III. Малые ампутации - 24.

Лечение на амбулаторном этапе включало коррекцию углеводного и липидного обмена, местное лечение ран и разгрузку конечности. С целью разгрузки чаще использовался разгрузочный башмак, а так же индивидуальная разгрузочная повязка «Total contact cast» (ТСС). Изготовлено 75 повязок ТСС, преимущественно у пациентов с AI или при ДОАП. Местное лечение ран включало Debridement раны, использование нетоксичных антисептиков и атравматичных перевязочных средств, выбор которых зависел от стадии раневого процесса и количества экссудата. В составе комплексной терапии, 31 пациенту с критической ишемией конечности по направлению из КДС, в стационаре СОКБ №1 выполнена баллонная ангиопластика (АП) артерий нижних конечностей. АП поверхностной бедренной артерии – 11, АП артерий голени – 7, многоуровневая АП – 13. Эпителизация язв после проведения АП (без хирургии стопы) - 6. Эпителизация с сохранением опороспособной стопы после АП в сочетании с хирургическими вмешательствами на стопе, включая малые ампутации – 8. Высокие ампутации – 4, сохраняется язвенный дефект – 6. Нет данных – 5.

## **Выводы.**

1. В группе пациентов с нейропатическим типом СДС, регулярно обращавшихся в подиатрический кабинет, избежать высокую ампутацию удалось в 99,3 % случаев.

2. Сроки эпителизации при нейропатических язвах зависели от размеров язв, наличия инфекции и комплаентности пациента и, в среднем, составили около 12 недель.

3. В группе пациентов с нейро-ишемическим типом СДС, регулярно наблюдавшихся в подиатрическом кабинете избежать высокую ампутацию удалось в 81,5 % случаев. Высокие ампутации связаны с поздней обращаемостью, выраженностью гнойно-некротического процесса и невозможностью реваскуляризации

4. Сроки эпителизации при нейро-ишемическом типе зависели от степени ишемии, возможности реваскуляризации и наличия инфекции. Средние сроки эпителизации от 17 недель при неинфицированных язвах и до 39 недель при наличии инфекции

5. Лучшие результаты в группе нейро-ишемических язв достигнуты у пациентов, которым в составе комплексной терапии, с целью сохранения конечности были выполнены рентгенэндоваскулярные реваскуляризирующие операции.

## **ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОМЫ У МУЖЧИНЫ**

*Вайчулис И.А.<sup>1</sup>, Вайчулис Т.Н.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,*

*<sup>2</sup>Медицинский центр "Диагноз", г. Челябинск*

Пациент К., 1945 г.р., проживающий в Челябинской области, обратился к эндокринологу в декабре 2008 г. с жалобами на головные боли, преимущественно в левой височной области, тяжесть в области левого глаза, ухудшение зрения, общую слабость в течение последних 2-х месяцев.

Из анамнеза известно, что в 1986 г. (в возрасте 40 лет) впервые возникли зрительные нарушения – выпадение полей зрения. Диагностирована макроаденома гипофиза – пролактинома с эндо-, супра-, инфра-, латероселлярным ростом, по поводу которой в 1986 г. проведена операция – частичное транскраниальное удаление аденомы в институте нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, г. Москва, с последующей лучевой терапией на область гипофиза в 1987 г. Проводился