

ных (10,1%). В остальных случаях путем повторных хирургических обработок и комбинированных методов кожной пластики удалось сохранить опорную функцию конечности. Средние сроки лечения составили $43,4 \pm 5,2$ дня.

Таким образом, предложенный комплекс лечебных мероприятий позволяет улучшить результаты хирургического лечения осложненных форм диабетической стопы при декомпенсированной ишемии нижних конечностей.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Болатчиев Х.Л., Болатчиева Ф.Б., Болатчиев А.Х.

Нальчик

Синдром диабетической стопы (СДС) – патологическое состояние стопы при сахарном диабете (СД), возникающее на фоне поражения периферических нервов, кожи и мягких тканей, костей и суставов и проявляющееся острыми и хроническими язвами, костно-суставными поражениями и гнойно-некротическими процессами. СДС наблюдается у 10 – 25%, а по некоторым данным, в той или иной форме у 30- 80% больных СД. Ампутация ног в группе пациентов с СДС производится в 45 раз чаще, чем у остального населения. От 50 до 70% от общего количества выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных СД. Имеется прямая зависимость частоты развития СДС и тяжести поражения от качества компенсации СД, возраста больного и длительности заболевания. В КБР из года в год наблюдается рост ампутаций нижних конечностей (с 17 до 40 операций, в том числе с высокой ампутацией обеих конечностей), что послужило поводом для изучения данного вопроса.

Целью работы явилось изучение состояния нижних конечностей у больных с сахарным диабетом (СД).

Настоящее исследование выполнено на материале ЦПАО МЗ КБР, эндокринологического отделения ГКБ №1 и отделения сосудистой хирургии РКБ за период с 1998 по 2004 годы. Проведено обследование 132 пациентов с СД 1 и 2 типа в возрасте от 25 до 72 (средний возраст 48 лет), с длительностью СД от 5 до 20 лет. Морфология макро- и микроангиопатий изучена довольно подробно на клиническом, биопсийном, секционном и экспериментальном материале, проанализированы причины смертности. Проведено скрининговое исследование по распространенности СД и выявлению поздних сосудистых осложнений в различных климато-географических зонах Кабардино-Балкарии.

Диагностика диабетической сенсомоторной нейропатии нижних конечностей проводилась на основании объективных данных (осмотр и пальпация нижних конечностей, определение пульсации периферических артерий), неврологического обследования (определение болевой, тактильной, температурной чувствительности, исследование сухожильных рефлексов). Состояние сосудистого русла оценивали по дан-

ным реовазографии, пробы Ратшова, КТ и МРТ – ангиографии, рентгенографии костей и суставов стопы в 2-х проекциях.

Полученные результаты свидетельствуют об относительно высокой частоте патологических изменений со стороны нижних конечностей, укладывающихся в симптоматику СДС. У больных СД 2 типа частота диабетических ангиопатий нижних конечностей (ДА) в зависимости от проживания в разных климато-географических зонах имела существенные различия. У мужчин и женщин в горной местности диабетические ангиопатии встречались у 15,4% больных. В предгорной части республики – у 23%, на равнине – 34,7%. При оценке влияния такого фактора как пол на частоту диабетических ангиопатий существенных отличий в распространенности этого явления среди мужчин и женщин не найдено. При проведении сравнительного анализа частоты ангиопатий у больных в зависимости от типа диабета оказалось, что при СД 1 типа частота ДА выше, чем у больных СД 2 типа. В горах отмечается наименьшее количество случаев ДА, на равнине – наибольшая, а предгорья занимают промежуточное положение.

При оценке влияния пола на частоту диабетических нейропатий оказалось, что этот показатель выше у мужчин, чем у женщин. В горной местности он составил 65%, тогда как у женщин равнялся 40%. В предгорье нейропатии встречались у 68% мужчин и 56,2% женщин. На равнине этот показатель составил 75% для мужчин и 69% для женщин.

При исследовании секционного материала обнаружено, что количество случаев СД увеличивается с каждым годом. При этом следует учитывать низкий процент вскрытий (35-40%). Среди умерших преобладали тяжелые и средней тяжести формы заболевания (86,6%). Большая часть умерших (70,8%) болела сахарным диабетом более 5 лет. Относительно часто встречался впервые выявленный сахарный диабет (10,6%) различной степени тяжести течения, хотя у части из них патологоанатомические исследования указывали на значительную давность заболевания.

Анализ причин смерти показал, что наиболее частой причиной смерти явилась ишемическая болезнь сердца (68,3%), острые нарушения мозгового кровообращения (34,2%), гангрена нижних конечностей (12,3%). Важное место среди причин смерти у умерших с СД занимали инфекционные заболевания, осложнявшие и отягощавшие течение диабета (19,2%). Больные особенно были восприимчивы к гнойной инфекции кожи (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны), которая завершалась сепсисом в 32,8%. Следует отметить, что инфекция на фоне СД изменяет потребность организма в инсулине и нередко приводит к ацидозу и коме. Смертность от диабетических ком в настоящее время значительно снизилась и по данным многих исследователей колеблется от 1 до 4%, что, по-видимому связано с улучшением диагностики и адекватной терапией.

В большинстве случаев у пациентов, имеющих язвенные поражения стоп, отмечается выраженная гипергликемия. Для обеспечения условий, благоприятствующих заживлению важно достижение компенсации углеводного обмена. При СД 1 типа проводится

интенсификация режима инсулинотерапии. Потребность организма в инсулине может возрасти значительно из-за наличия инфекционно-воспалительного процесса и высокой температуры, следовательно, это требует соответствующего повышения дозы вводимого инсулина. Поэтому ориентиром оптимального количества препарата является не показатель соотношения дозы инсулина и массы тела пациента, а показатели гликемии. Очень часто синдром диабетической стопы развивается у больных СД 2 типа на фоне выраженной декомпенсации заболевания, не поддающейся коррекции, несмотря на диетотерапию и лечение пероральными сахароснижающими препаратами. Таких больных СД 2-го типа, при наличии незаживающих нейротрофических язв или выраженного болевого синдрома, рекомендуется переводить на инсулинотерапию. В таких случаях назначение инсулина позволяет нормализовать гликемию и поддерживать хороший метаболический контроль.

При изучении медицинской документации, обследовании пациентов было выявлено, что они не были своевременно переведены на инсулинотерапию. Так, 4 больных с высокой ампутацией обеих конечностей на уровне тазобедренных суставов были переведены на инсулин только в сосудистом отделении к моменту операции. После оперативного вмешательства инсулин был отменен, больные стали получать пероральные сахароснижающие препараты. При изучении этого контингента больных мы обнаружили, что более чем половина обследованных либо не получали инсулин, либо был запоздалый перевод на инсулинотерапию.

ВЫВОДЫ:

1. Необходим скрининг больных сахарным диабетом с проведением физических и инструментальных методов обследования с целью ранней диагностики синдрома диабетической стопы, своевременно выявления лиц, имеющих повышенный риск развития язвенных поражений нижних конечностей.

2. Необходимо своевременно переводить больных на инсулинотерапию. Потребность организма в инсулине возрастает значительно из-за наличия инфекционно-воспалительного процесса, и адекватно проводимая консервативная терапия нейротрофической инфицированной формы поражения стоп с компенсацией сахарного диабета позволяет избежать хирургического вмешательства в 95% случаев.

3. Необходимо регулярное медицинское наблюдение за состоянием больного и его нижних конечностей. Осмотр должен проводиться каждый раз во время визита больного диабетом к врачу, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Ботгаева Я.О., Болатчиев Х.Л.

Одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения является йод-дефицит, который даже при легкой степени выраженности служит пусковым механизмом развития многих болезней щитовидной железы. По данным ВОЗ около 1,5 милли-

ардов жителей Земли (28,9%) проживают в эндемичных по зобу областях. У 200 миллионов человек имеется увеличенная щитовидная железа (эндемический зоб), а у 20 миллионов лиц – умственная отсталость в результате йодной недостаточности. Для России медико-социальное значение йод-дефицитных заболеваний обусловлено тем, что практически вся ее территория эндемична по зобу. В последние годы отмечается явная тенденция к утяжелению йодного дефицита и роста числа заболеваний щитовидной железы. Рост патологии щитовидной железы многие авторы связывают не только с йод-дефицитом, но и со сложившейся неблагоприятной обстановкой: накоплением в окружающей среде зобогенных факторов, дефицитом микро-, макроэлементов.

Методы обследования. Проведено обследование 100 стационарных больных и 350 студентов с эндемическим зобом за 2001-2004 гг.: из них 74% женщин, 26% мужчин. Медиана возраста составила 24,7 лет (от 15 до 66 лет). Обследование включало пальпацию щитовидной железы (ВОЗ, 1994 г.), общеклинические методы, ультразвуковое исследование, исследование уровней ТТГ, Т4, анти-ТПО, анти-ТГ. *Субклинический гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита* выставлялся на основании: ТТГ крови более 3,5 ммоль/л, Т4 – в пределах 10,-25,0, анти-ТПО, анти-ТГ – титр. *Субклинический тиреотоксикоз:* при ТТГ ниже 0,5 ммоль/л, Т4 – в пределах нормы (10,0-25,0), титр антител отрицательный. *Истинный йод-дефицитный зоб* при ТТГ крови более 3,5 ммоль/л, Т4 – в пределах 10,-25,0, титр анти-ТПО, анти-ТГ отрицательный.

Результаты обследования и их обсуждение.

Все больные были разделены на 4 группы: 1 гр - I st 50%, 2 гр. - II st – 31,25%, 3 гр - III st – 12,5%, 4 гр. - IV st – 6,25%.

При сравнительном анализе этих групп нарушение функции щитовидной железы выявлены у 37,5% больных: гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита (чаще субатрофического варианта), истинное зоб-дефицитное заболевание, субклинический тиреотоксикоз, а также узлообразование. Самым частым нарушением функции щитовидной железы оказался субклинический гипотиреоз (как осложнение дефицита йода) – 22,5%, причем отмечается повышение частоты встречаемости при увеличении объема щитовидной железы. Клинически он проявлялся прибавкой в весе, хронической усталостью, невозможностью концентрации внимания. Хронический аутоиммунный тиреоидит (и как следствие субклинический гипотиреоз) встречался в 12,8% случаев. Соотношение мужчин и женщин составило 1:8. Объем щитовидной железы по данным УЗИ был увеличен значительно чаще у женщин (82%), чем среди мужчин (18%). Распространенность субклинического тиреотоксикоза составила 6,8%. Узловые образования щитовидной железы в 1 группе не регистрировались, во 2-ой группе регистрировались узлы в среднем до 0,5 см, в 3-ей группе узлы до 1 см и в 4-ой группе регистрировались многоузловые зобы с диаметром узлов более 1 см, подлежащие хирургическому удалению.

Выводы. Зоб не является единственным проявлением йодной недостаточности. Компенсаторное, ино-