

# ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

*Т. Н. Кузьмина, Н. В. Рогова*

## Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолгГМУ

В современной медицине традиционная естественно-научная направленность медицинского мышления приводит к тому, что специалисты здравоохранения оставляют за рамками внимания психосоциальные аспекты болезни. Для человека же, страдающего таким хроническим заболеванием, как сахарный диабет (СД), прежде всего, важно, в какой степени заболевание влияет на его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, то есть на качество жизни (КЖ) [6]. В свою очередь, использование параметров контроля качества жизни данной категории больных является одним из критериев эффективности фармакотерапии [4]. Принципиально важ-

но особое внимание уделять биопсихосоциальной модели здоровья и болезни, особенно при синдроме диабетической стопы (СДС) (рис. 1), которая представляет этиопатогенез СД, в рамках психосоматического подхода, тремя векторами: соматогенез, психогенез, социогенез. Данная модель успешно демонстрирует сложные причинно-следственные отношения благодаря мультидисциплинарному и интегральному подходу. На рисунке наглядно продемонстрирована трансформация психосоматических реакций с исходом в сомато-психические нарушения при длительной психической травматизации больного в результате его болезни.



Рис. 1. Биопсихосоциальная модель сахарного диабета

Осознание своей болезни у больных с СД может стать причиной тяжелой психологической травмы. Согласно исследованию Е. Г. Старостиной (2003), СД, преимущественно сахарный диабет 2-го типа (СД 2), является психосоматическим заболеванием, течение которого сопровождается не только нарушением биомедицинских показателей, но и неблагоприятными изменениями в психоэмоциональной, мотивационной и поведенческой сферах.

Социальную значимость проблемы СД определяют его осложнения [5], провоцирующие различные психологические расстройства, а при условии их развития – значительное снижение качества жизни данной категории больных вследствие ограничения передвижения, самообслуживания, трудовой деятельности. Поздняя диагностика, неадекватное лечение, а также отсутствие налаженной системы междисциплинарной помощи приводят к высокому

числу неоправданных ампутаций у больных СД [2], что объясняет тяжелые нервно-психические расстройства, которые формируются у пациентов с СДС.

Зарубежные авторы считают оптимальным создавать многопрофильные бригады по лечению пациентов с СДС, которые включают основных специалистов (диабетолог, подиатр, хирург, ортопед и специалист по обуви) и приглашаемых при необходимости (ангиохирург, дерматолог, невролог). Экономические условия в России не позволяют создавать такие полноценные многопрофильные бригады, и в лечении пациента с СДС принимают участие только врач кабинета диабетической стопы (КДС), который при необходимости направляет пациента на консультации к другим специалистам. На сегодняшний день в России специальность врач-подиатр не зарегистрирована, и поэтому врачом КДС может быть как хирург, так и эндокринолог. Важно отметить, что зарубежные и российские клинические рекомендации (КР) по ведению пациентов с СДС не предусматривают ведение таких пациентов совместно с врачами психотерапевтами. Однако в 2019 г. были пересмотрены алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД, в которых впервые российские ученые особое внимание стали уделять психосоциальной поддержке больным СД как одному из важных этапов лечения. Согласно алгоритмам специализированной медицинской помощи [1], оценка психологического статуса должна проводиться всем пациентам с СДС. Однако в КР отсутствует информация о специализированных шкалах и опросниках, которые могут быть использованы для оценки психологического статуса у этих больных. По данным литературы, в медицинской практике для оценки психологического статуса у больных с СДС наиболее часто используются следующие инструменты: The Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) – Аудит диабет-зависимого качества жизни [6]; Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS) – Шкала оценки качества жизни при поражении нижних конечностей – диабетических язвах стоп [9]; The Neuropathy and Foot Ulcer-specific Quality of Life Instrument – опросник специфического качества жизни при нейропатии и язвах стоп [7]; The

Diabetes-Specific Quality of Life Scale (DSQOLS) – Шкала диабет-специфического качества жизни [3] и другие. К сожалению, многие из существующих шкал и опросников для пациентов с СДС еще не прошли процесс языковой адаптации и валидации в России и поэтому недоступны для применения.

В зависимости от специфики психологических и социальных проблем в команду по оказанию психосоциальной поддержки российские ученые рекомендуют включать врачей психиатров / психотерапевтов и врачей психотерапевтов / психологов. Целью психосоциальной поддержки, согласно российским КР [1], является «сохранение и повышение психологического благополучия пациентов, предупреждение их психологической инвалидизации, улучшение качества жизни, а также повышение эффективности терапии СД» (уровень доказательности 1В).

Все вышеперечисленное стало основанием для нашего исследования, в котором мы изучали нервно-психические расстройства при СДС у жителей Волгограда и Волгоградской области: уделяют ли внимание врачи при лечении данной категории больных наличию и выраженности расстройств психоэмоциональной сферы, назначаются ли консультации психотерапевтов или фармакологическая коррекция.

#### **Цель работы**

Изучить качество медицинской помощи пациентам с нервно-психическими расстройствами на фоне СДС и провести анализ фармакотерапии для коррекции этих расстройств.

#### **Методика исследования**

Дизайн исследования – ретроспективное описательное одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование. В исследовании оценивалась первичная медицинская документация: карты стационарных пациентов Волгограда. Выборка составила 510 стационарных карт пациентов с синдромом диабетической стопы хирургических отделений стационаров Волгограда.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 510 пациентов, данные о которых были включены в исследование, немного большую часть составили женщины – 257 (50,4 %), мужчины – 253 (49,6 %). Средний возраст пациентов составил ( $66,3 \pm 10,7$ ) лет (min – 33, max – 96). Большая часть пациентов с СДС являются по-

жилыми людьми (60–74 лет) – 245 (48 %). Средний стаж диабета у пациентов с СДС составил  $(13,6 \pm 6,9)$  лет (min – 1, max – 40).

Анализ лечебной тактики в медицинской документации позволил получить следующие данные. Большая часть пациентов – 311 (61 %) находились только на консервативном лечении, 199 (39 %) пациентам были проведены оперативные вмешательства. Среди пациентов, кто находился на хирургическом лечении, ампу-

ции нижних конечностей были проведены 142 пациентам (71,3 %). В структуре ампутаций число малых ампутаций значительно превышало число высоких ампутаций – 94 (66,2 %) против 48 (33,8 %).

Анализ возрастной структуры пациентов с СДС показал, что пик ампутаций нижних конечностей приходится на пожилой возраст, однако еще достаточно трудоспособный – 60–74 лет, данные представлены на рис. 2.

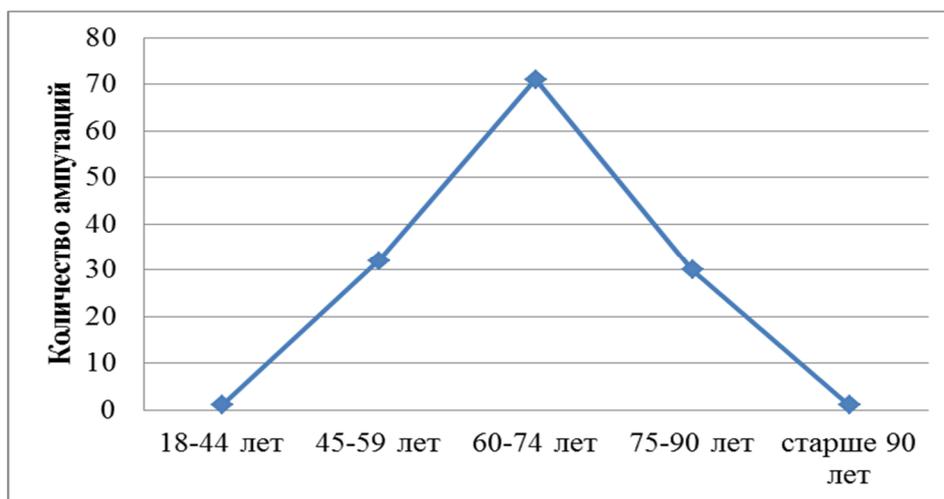


Рис. 2. Анализ возрастной структуры пациентов с СДС, кому были выполнены ампутации нижних конечностей на различных уровнях

По результатам фармакоэпидемиологического исследования мы выявили, что лечащие врачи не уделяют должного внимания психоземональной сфере больных с СДС, а именно: в медицинской документации не описаны жалобы на нервно-психические расстрой-

ства, нет описания психологического статуса больных, не назначались консультации психотерапевта. При анализе врачебной тактики было выявлено, что 61 пациенту (12 %) с СДС назначались лекарственные средства (ЛС) для лечения нервной системы (рис. 3).



Рис. 3. Структура назначений лекарственных препаратов для лечения нервной системы больным с СДС

Стоит отметить, что назначенные ЛС для лечения нервно-психических расстройств не отмечены в дневниковых записях историй болезни и были назначены без консультации невролога. Также нами было выявлено, что практикующими врачами не были использованы шкалы и опросники для оценки психологического статуса, а следовательно, можно предположить, что данные лекарства назначались эмпирическим способом без обоснования в медицинской документации.

На рисунке показано, что большую часть врачебных назначений составили анксиолитики и антидепрессанты – 46 и 18 % соответственно, из них анксиолитические средства были представлены феназепамом и сибазоном, антидепрессанты – amitриптилином. Данный факт свидетельствует о наличии серьезных нервно-психических заболеваний у больных с СДС, требующих фармакологической коррекции, и можно предположить, что большая часть из этих больных страдает астеническим синдромом. Однако данный факт не был отмечен в ме-

дицинской документации больных, получающих данные ЛС.

### Заключение

Таким образом, в результате проведенного ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования мы обнаружили, что при ведении больных с СДС лечащими врачами не учитывалась нервно-психическая патология, что могло значительно снижать качество оказываемой медицинской помощи. Для эффективного лечения больных с СДС мы рекомендуем всем больным оказывать психотерапевтическую помощь, а также проводить работу с семьей пациента и при необходимости оказывать им психологическую помощь. Мы считаем, что психологическая реабилитация больных с СДС – один из важнейших этапов восстановительного периода; с помощью консультаций психотерапевтов / психологов и своевременной фармакологической коррекции можно предотвратить возникновение серьезных нервно-психических расстройств, которые смогут отразиться на течении заболевания.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. – 9-й вып. (дополненный). – Москва, 2019 – 456 с. – Текст : непосредственный.
2. Интервью с профессором И. В. Гурьевой. Диабетическая полиневропатия и диабетическая стопа: взгляд эксперта. – Текст : непосредственный // *Consilium Medicum*. – 2013. – № 2. – С. 72 – 74.
3. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования / Ю. А. Шишкова [и др.]. – Текст : непосредственный // *Сахарный диабет*. – 2011. – № 3. – С. 70 – 75.
4. Оценка качества жизни больных сахарным диабетом типа 2 как критерий эффективности фармакотерапии / Н. В. Рогова [и др.]. – Текст : непосредственный // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2011. – № 1. – С. 111 – 114.
5. *Butranova, O. I.* Antibiotics for skin and soft tissues infections in type 2 diabetes mellitus / O. I. Butranova, T. N. Razdrogina. – Direct text // *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 27. – 2015. – S. 57 – 58.
6. *Rubin, R. R.* Diabetes and Quality of life / R. R. Rubin. – Direct text // *Diabetes Spectrum*. – 2000. – № 13. – P. 21 – 23.
7. The development and validation of a neuropathy and footulcer specific Quality of Life Instrument / L. Vileikyte [et al.]. – Direct text // *Diabetes Care*. – 2003. – № 26. – P. 2549 – 2555.
8. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL / C. Bradley [et al.]. – Direct text // *Qual Life Res*. – 1999. – № 8. – P. 79 – 91.
9. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials / L. Abetz [et al.]. – Direct text // *Pract. Diab. Int*. – 2002. – № 19. – P. 167–175.