

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

АНДРЕИЧЕВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: elena_andre@mail.ru

Реферат. Цель исследования – изучение когнитивной функции у пациентов, госпитализированных с диагнозом «ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия», и их комплаенса к проводимой терапии. **Материал и методы.** Проведено анкетирование 70 пациентов моложе 55 лет, госпитализированных с направительным диагнозом «острый коронарный синдром», которым в процессе обследования был выставлен клинический диагноз «ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия». Исследование проводилось на 5–6-й день госпитализации, после стабилизации клинического состояния. В исследование не включались больные с предшествующим инфарктом миокарда, цереброваскулярной болезнью, сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий. Использованы опросник самооценки памяти McNair и Kahn, тест оценки психического статуса MMSE, тест Мориски – Грин для оценки комплаенса к лечению. **Результаты и их обсуждение.** Отсутствие когнитивного дефицита выявлено у 10% обследованных, у 74,7% наблюдались легкие когнитивные нарушения, прежде всего страдала кратковременная память (80% больных). Анализ комплаенса к проводимой на догоспитальном этапе терапии показал, что высокая приверженность к лечению была лишь у 11,7% пациентов. **Выводы.** Когнитивный дефицит у больных с нестабильной стенокардией может приводить к неадекватному выполнению рекомендаций врача по дальнейшей терапии и, соответственно, ассоциироваться с худшим прогнозом в отношении сердечно-сосудистой смертности. Следовательно, выявление когнитивных нарушений на ранних стадиях может через повышение приверженности к лечению влиять на прогноз пациента.

Ключевые слова: когнитивные функции, нестабильная стенокардия, комплаенс.

Для ссылки: Андреева, Е.Н. Оценка когнитивных функций у пациентов с нестабильной стенокардией / Е.Н. Андреева // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.9–12. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).9-12.

COGNITIVE FUNCTION ASSESSMENT IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA

ANDREICHEVA ELENA N., C. Med. Sci., associate professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: elena_andre@mail.ru

Abstract. Aim. To evaluate cognitive functions and compliance to treatment in patients hospitalized with a diagnosis of coronary heart disease and unstable angina. **Material and methods.** A survey of 70 patients younger than 55 years old hospitalized with primary diagnosis of acute coronary syndrome, diagnosed with coronary heart disease and unstable angina, during the examination, has been performed. The study was conducted on the 5-6th day of hospital stay, after stabilization of the clinical condition. Patients with the history of myocardial infarction, cerebrovascular disease, diabetes mellitus or atrial fibrillation have not been enrolled in the study. McNair & Kahn self-assessment questionnaire, MMSE mental status assessment test and Moriska – Green test were used to evaluate compliance to the treatment. **Results and discussion.** Absence of cognitive impairment was found in 10% of patients, mild cognitive function impairment was observed in 74,7% of the patients, short-term memory was affected in the majority of the cases (80% of patients). Compliance analysis of pre-hospital treatment showed that only 11,7% of patients were demonstrating high adherence to treatment. **Conclusion.** Cognitive function deficiency in patients with unstable angina can lead to inadequate compliance to the doctor's recommendations for further treatment, and, therefore, it can be associated with a worse prognosis for cardiovascular mortality. Therefore, identifying cognitive impairment at the early stages can affect patient's prognosis through increased adherence to treatment.

Key words: cognitive functions, unstable angina, compliance.

For reference: Andreicheva EN. Cognitive function assessment in patients with unstable angina. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 9–12. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).9-12.

Введение. Нестабильная стенокардия является более благоприятным вариантом острого коронарного синдрома (ОКС), при котором «инфаркт миокарда мог произойти, но не произошел», но все же вероятность возникновения инфаркта остается высокой. В этой ситуации алгоритм действий медицинского персонала на догоспитальном этапе и в стационаре жестко регламентируется в соответствии с принципами, изложенными в целом ряде приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 01.07.2015 № 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», от 01.07.2015 № 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицин-

ской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы», и клиническими рекомендациями Российского кардиологического общества. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», вступивший в силу с 1 июля 2017 г., обязывает использовать указанные в нем критерии качества в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Эти приказы достаточно четко выполняются и на этапе оказания скорой медицинской помощи, и в стационаре. Но не все зависит от медперсонала. Не надо забывать, что роль самого пациента также велика. Это относится и к его пониманию самой неотложной ситуации, и к отношению к собственному здоровью в целом. Во многом от того,

насколько адекватно больной оценивает происходящее с ним, будет зависеть и время встречи с бригадой скорой медицинской помощи, и результаты стационарного лечения, и, особенно, результаты амбулаторного лечения. То есть состояние когнитивных функций пациента напрямую оказывает влияние на результаты лечения.

Когнитивные (познавательные) функции – это наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Данный процесс включает четыре основных взаимосвязанных компонента: восприятие информации; обработка и анализ информации; запоминание и хранение информации; обмен информацией, построение и осуществление программы действий [1]. Следовательно, нарушение этих функций влечет за собой неадекватность мировосприятия и праксиса. Когнитивные нарушения (КН) подразделяются на:

- *легкие* КН характеризуются редкими и незначительными по выраженности симптомами, которые не приводят к каким-либо функциональным ограничениям. Обычно легкие КН не заметны для окружающих лиц, в том числе постоянно общающихся с пациентом, но могут быть заметны для самого пациента, составляя предмет жалоб и повод обращения к врачу. Наиболее характерные проявления легких когнитивных нарушений – это эпизодическая забывчивость, редкие трудности концентрации внимания, утомляемость при напряженной умственной работе и др.;

- *умеренные* КН характеризуются регулярными или постоянными когнитивными симптомами, более значительными по выраженности, но в отсутствие или при минимальной выраженности функционального ограничения. Может отмечаться небольшая, но почти постоянная забывчивость, частые трудности концентрации, повышенная утомляемость при обычной умственной работе. Умеренные КН обычно заметны не только самому пациенту (отражаются в жалобах), но и третьим лицам, которые сообщают об этом лечащему врачу. При этом пациент сохраняет независимость и самостоятельность в большинстве жизненных ситуаций, справляется со своей работой, социальной ролью, семейными обязанностями и др. Лишь иногда могут быть трудности в сложных и необычных для больного видах деятельности;

- *тяжелые* КН приводят к большей или меньшей степени функционального ограничения, частичной или полной утрате независимости и самостоятельности [1].

В последние годы интерес клиницистов к проблеме когнитивных расстройств значительно вырос. Это связано с тем, что снижение памяти – одна из наиболее частых жалоб пожилых лиц, которые составляют большинство на амбулаторном приеме и в терапевтических отделениях стационаров. В настоящее время при очень интенсивном ритме жизни, при постоянном пребывании в состоянии стресса на снижение памяти начинают жаловаться не только пожилые люди. Поэтому важно определить состояние пациента на промежуточном этапе, пока изменения еще не достигли степени деменции, но уже вышли за пределы возрастных норм. Психосоциальное напряжение относится также и к факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Комплаенс к назначенной врачом терапии у больных с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями также является широко обсуждаемой проблемой, влияющей на результаты лечения [3, 4, 5]. Можно назначать самые лучшие препараты, но если больной не будет их принимать, эффект стремится к нулю. Одним из важных факторов, определяющих приверженность к лечению, является как раз понимание пациентом того, что с ним происходит, и понимание рекомендаций врача. Прогрессирование КН и снижение комплаенса к лечению тесно взаимосвязаны.

Целью настоящего исследования явилось изучение когнитивной функции у пациентов, госпитализированных с диагнозом «ИБС, нестабильная стенокардия», и их комплаенса к проводимой терапии на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Проведено обследование 70 пациентов (45 мужчин и 25 женщин) моложе 55 лет, госпитализированных в ГАУЗ ГKB №7 г. Казани с направляющим диагнозом «острый коронарный синдром», которым в процессе обследования был впервые выставлен клинический диагноз «ИБС, нестабильная стенокардия». Проведено обычное общеклиническое исследование, а также использованы валидизированные инструменты: тест оценки психического статуса MMSE, опросник самооценки памяти McNair и Kahn, тест Мориски – Гринна для оценки комплаенса к лечению.

Шкала краткого исследования психического статуса (Minimental State Examination – MMSE) [6] является наиболее часто используемым в мире методом для скрининга возможных когнитивных нарушений. MMSE также используется для оценки изменений, произошедших при развитии болезни либо под воздействием терапии. Оцениваются ориентировка во времени и месте; восприятие; концентрация внимания; память; речь; способность выполнять 3-этапную команду и простые арифметические действия; чтение, праксис. Результаты теста расцениваются следующим образом: 28–30 баллов – нет КН; 24–27 баллов – преддементные КН; 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов – тяжелая деменция.

Опросник самооценки памяти McNair и Kahn представляет перечень из 24 вопросов. Ответ на каждый вопрос оценивается пациентом самостоятельно по пятибалльной шкале: Наличие КН следует предполагать при сумме баллов выше 42 [7].

Тест Мориски – Гринна предназначен для оценки комплаенса к лечению. Пациент должен самостоятельно ответить на 4 вопроса, выбирая один ответ из двух вариантов. При обработке подсчитывается суммарный балл. Приверженными к терапии считаются больные, набравшие 4 балла [8].

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил (47,6±4,4) года. Исследование проводилось на 5–6-й день госпитализации, после стабилизации клинического состояния. Все больные имели неосложненное течение заболевания и были выписаны с исходом в стабильную стенокардию I–II функционального класса. В исследование не включались больные с предшествующим инфарктом миокарда, цереброваскулярной болезнью, сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий. Это объясняется тем, что уже во многих исследованиях было показано, что на появление КН влияют возраст, наличие цереброваскулярной болезни, артериальной гипертензии, сахарного диабета, фибрилляции предсердий, ХСН [9–14].

Среди больных, включенных в исследование, было 46 человек (65,7%) с артериальной гипертензией (25 мужчин и 21 женщина) со средней длительностью гипертонии (3,4±1,3) года. Всем этим пациентам ранее на амбулаторном этапе была назначена гипотензивная терапия. До момента госпитализации с диагнозом «ОКС» 10 человек (14,3%) ранее за медицинской помощью не обращались и считали себя вполне здоровыми, 14 человек (20%) имели ранее выставленный диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» со средней длительностью заболевания (2,2±1,3) года.

Комплаенс к терапии до госпитализации составлял 3 балла (пограничная зона) у 28,3% больных (17 чел.), 4 балла (высокая приверженность к лечению) – у 11,7% (7 чел.), некомплаентными были 60% пациентов (36 чел.). 10 пациентам до момента госпитализации терапия не

назначалась, соответственно эти пациенты на опросник Мориски–Гринна не отвечали. При более подробном расспросе пациентов выяснилось, что основными причинами недостаточной приверженности к лечению были «неплохое самочувствие, отсутствие симптомов, опасения к привыканию к таблеткам, забывчивость».

По шкале MMSE 52 человека (74,3% больных) набрали 24–27 баллов, что соответствует преддементным когнитивным нарушениям; 7 человек (10%) – 28 баллов (нет когнитивных нарушений); 11 человек (15,7%) – 20–23 балла (деменция легкой степени). Из разделов MMSE, в первую очередь, страдали отсроченное воспроизведение слов, способность отнимать по 7, рисование и называние букв слова в обратном порядке.

По шкале McNair и Kahn у 80% больных (56 чел.) общий балл ≥ 44 , что свидетельствует о наличии КН, прежде всего памяти.

Всероссийская программа «Прометей», организованная кафедрой нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова, стала первой в России в исследовании когнитивных функций. Было установлено, что у пациентов старше 60 лет субъективные расстройства памяти и умственная утомляемость имеют место у 83% лиц; объективно подтверждаемые с помощью тестов когнитивные нарушения разной степени выраженности наблюдались у 68% пациентов, умеренные и легкие додементные расстройства – у 44% [11]. В наше исследование были включены пациенты моложе 55 лет. Таким образом, в группе сравнительно молодых пациентов работоспособного возраста (все пациенты работали) с относительно недавним стажем сердечно-сосудистого заболевания был выявлен низкий комплаенс к ранее назначенной терапии, широкое распространение снижения памяти и концентрации внимания, являющимися проявлениями легких КН. Это заставляет еще раз обратиться к возможным решениям проблемы приверженности к лечению как традиционным (ведение дневников самоконтроля, выдача памяток пациенту, проведение обучающих занятий), так и с использованием современных технологий – систем автоматизированного обзвона пациентов [15].

Выводы. Когнитивный дефицит, уже имеющийся у больных с нестабильной стенокардией, может приводить к неадекватному выполнению рекомендаций врача по дальнейшей терапии, и, соответственно, ассоциироваться с худшим прогнозом в отношении сердечно-сосудистой смертности. Следовательно, выявление когнитивных нарушений на ранних стадиях может через повышение приверженности к лечению влиять на прогноз пациента.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Автор принимала участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Автор не получала гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров В.В. Нейropsychологические тесты. Необходимость и возможность применения / В.В. Захаров // Consilium Medicum. – 2011. – № 13 (2). – С. 82–90.
2. Смулевич А.Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.
3. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии) / И.И. Чукаева // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 21–26.
4. Лукина Ю.В. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания / Ю.В. Лукина,

- Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – № 13 (4). – С. 519–524.
5. Ageev, Ф.Т. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? / Ф.Т. Ageev, М.Д. Смирнова, Т.В. Фофанова // Сердечная недостаточность. – 2011. – Т. 12, № 4 (66). – С. 238–243.
6. Folstein, M.F. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12. – P. 189–198.
7. McNair, D.M. Self-assessment of cognitive deficits / D.M. McNair, R.J. Kahn // Assessment in geriatric psychopharmacology / T. Crook, S. Ferris, R. Bartus (Eds). – 1983. – P. 137–143.
8. Morisky, D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Med. Care. – 1986. – Vol. 24 (1). – P. 67–74.
9. Маркин, С.П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: метод. пособие / С.П. Маркин. – Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2008. – 42 с.
10. Дробижев, М.Ю. Когнитивные расстройства в общей медицине / М.Ю. Дробижев, Е.А. Макух, А.И. Дзантиева // Лечащий врач. – 2007. – № 7. – С. 33–35.
11. Захаров, В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») / В.В. Захаров // Неврологический журнал. – 2006. – № 11. – С. 27–32.
12. Крюков, Н.Н. Роль артериальной гипертензии и суправентрикулярных аритмий в нарушении когнитивной функции: современное состояние проблемы / Н.Н. Крюков, Е.В. Портнова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – № 9 (5). – С. 519–524.
13. Skoog, I. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia / I. Skoog, B. Lernfelt, S. Landahl [et al.] // Lancet. – 1996. – № 347 (9009). – P. 11301.
14. Forette, F. Prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (SystEur) study / F. Forette, M.L. Seux, J.A. Staessen [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2002. – № 162 (18). – P. 204652.
15. Ageev, Ф.Т. Применение методов технического воздействия на приверженность терапии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторной практике. Итоги годичного наблюдения / Ф.Т. Ageev, Т.В. Фофанова, М.Д. Смирнова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11 (4). – С. 36–41.

REFERENCES

1. Zaharov VV. Neiropsihologicheskie testy; Neobhodimost' i vozmozhnost' primeneniya [Neuropsychological tests; Necessity and possibility of application]. Consilium Medicum. 2011; 13 (2): 82-90.
2. Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MYu, Ivanov SV. Psihokardiologiya [Psychocardiology]. Moskva: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo [Moscow: Medical Information Agency]. 2005; 784 p.
3. Chukaeva II. Chto takoe priverzhennost' k lecheniyu i chto mozno sdelat' dlya ee uluchsheniya (na primere arterial'noj gipertonii) [What is adherence to treatment and what can be done to improve it (on the example of arterial hypertension)]. Lechebnoe delo [Journal of General Medicine]. 2012; 2: 21-26.
4. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY. Problema priverzhennosti v sovremennoy medicine: vozmozhnosti resheniya, vliyanie na rezul'tativnost' terapii i iskhody zabolovaniya [The problem of adherence to the treatment in modern medicine: possibilities of solution, impact on the effectiveness of therapy and disease outcomes]. Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii [Rational Pharmacotherapy in Cardiology]. 2017; 13(4): 519-524.
5. Ageev FT, Smirnova MD, Fofanova TV. Povyshenie priverzhennosti k terapii: «delo tekhniki»? [Increased adherence to therapy: «the matter of technology»?]. Serdechnaya Nedostatochnost' [Russian Heart Failure Journal]. 2011; 12 (4): 66: 238-243.

6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12: 189-198.
7. McNair DM, Kahn RJ. Self-assessment of cognitive deficits. *Assessment in geriatric psychopharmacology* (T Crook, S Ferris, R Bartus (Eds)). 1983; 137-143.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24 (1): 67-74.
9. Markin SP. Narushenie kognitivnykh funktsiy vo vrachebnoy praktike [Cognitive impairment in medical practice]. *Voronezh: VGMA.* 2008; 42 p.
10. Drobizhev MYu, Makuh EA, Dzantieva AI. Kognitivnye rasstrojstva v obshchej medicine. [Cognitive disorders in general medicine]. *Lechashchij vrach [Lechashchi vrach].* 2007; 7: 33-35.
11. Zaharov VV. Vserossiyskaya programma issledovaniy epidemiologii i terapii kognitivnykh rasstrojstv v pozhilom vozraste ("Prometej") [National Research Programme of Epidemiology and treatment of cognitive disorders in the elderly ("Prometheus")]. *Nevrologicheskij Zhurnal [Journal of Neurology].* 2006; 11: 27-32.
12. Kryukov NN, Portnova EV. Rol' arterial'noj gipertonii i supraventrikulyarnykh aritmij v narushenii kognitivnoj funktsii: sovremennoe sostoyanie problemy [The role of arterial hypertension and supraventricular arrhythmias in the violation of cognitive function: the current state of the problem]. *Racjonal'naya farmakoterapiya v kardiologii [Ration Pharmacother Cardiol].* 2013; 9 (5): 519-524.
13. Skoog I, Lernfelt B, Landahl S et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet.* 1996; 347 (9009): 11301.
14. Forette F, Seux ML, Staessen JA et al. Prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (SystEur) study. *Arch Intern Med.* 2002; 162 (18): 204652.
15. Ageev FT, Fofanova TV, Smirnova MD, Thostov ASH, Nelyubina AS, Kuz'mina AE, Galaninskij PV, Kadushina EB, Nuraliev EYu, Hejmes GI. Primenenie metodov tekhnicheskogo vozdejstviya na priverzhennost' terapii u bol'nykh serdechnososudistymi zabolevaniyami v ambulatornoj praktike. Itogi godichnogo nablyudeniya [Technology-based methods in the improvement of therapy compliance among ambulatory cardiac patients: one-year follow-up data]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention].* 2012; 11 (4): 36-41.

© В.М. Бенсман, Ю.П. Савченко, К.Г. Триандафилов, 2018

УДК 617.586-002.44-06:616.379-008.64

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).12-16

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ЕЕ ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

БЕНСМАН ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4
САВЧЕНКО ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4
ТРИАНДАФИЛОВ КОНСТАНТИН ГЕОРГИЕВИЧ, канд. мед. наук, врач-хирург ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского», Россия, 350086, Краснодар, ул. 1 Мая, 167

Реферат. Общеупотребительная классификация синдрома диабетической стопы F.M. Wagner не учитывает разнообразия клинических форм. Она не различает гнойное расплавление тканей стопы и гангрену, язву и нагноение, не учитывает активность воспаления и степень ишемии. Классификации Техасского университета и «PEDIS» полнее информирует о синдроме диабетической стопы. Но и они больше оперируют понятием «язва», в то время как врач чаще имеет дело с нейропатией, инфекцией, остеоартропатией или ишемией. Наконец, классификация F.M. Wagner не функциональна, так как лишена лечебных рекомендаций. **Цель исследования** – разработать функциональную классификацию синдрома диабетической стопы, отражающую его основные нозологии и лечебно-прогностические возможности, с учетом современных знаний. **Материал и методы.** Сообщение основано на лечении 1 340 больных с синдромом диабетической стопы за 26 лет, болеющих сахарным диабетом от 7 до 34 лет. Мужчины составляли 53%, женщины – 47%, возраст больных – от 27 до 83 лет. Второй тип сахарного диабета был у 85,5% пациентов. Почти половину больных (48,5%) ранее оперировали с малоудовлетворительным результатом. Клиническое обследование и изучение гликемии дополнялись ультразвуковой доплерографией и транскутанным оксимониторингом (TspO₂). Двухэтапное хирургическое лечение выполняли по принципам активной тактики в гнойной хирургии, разработанной в институте хирургии им. А.В. Вишневского под руководством М.И. Кузина и Б.М. Костюченка. Первым этапом выполняют вторичную хирургическую обработку очага гнойной инфекции, чем достигается превращение гнойной раны в контаминированную. Для прекращения эксудативной дезорганизации часто приходится выполнять повторные хирургические обработки. Вторым этапом рану закрывают швом либо тканевой пластикой. **Результаты и их обсуждение.** Синдром диабетической стопы делят на нейропатическую, нейроишемическую и ишемическую формы. Появились предложения выделить инфицированную остеоартропатию в самостоятельную классификационную категорию. Разделяя это мнение, представлены признаки каждой из четырех классификационных форм синдрома диабетической стопы: нейропатической, нейроостеоартропатической, нейроишемической и ишемической. Для нейропатической формы синдрома диабетической стопы характерны склонность к гнойным заболеваниям и замедление регенерации. Нейроостеоартропатию Шарко отличают фрагментация костей предплюсны, вегетативная нейропатия, устойчивость к гнойной инфекции и заживление ран первичным натяжением. Для нейроишемической и ишемической форм синдрома диабетической стопы характерна ишемия и акральная некроз. **Выводы.** Практическое применение предлагаемой функциональной классификации способствует решению тактических вопросов и обеспечивает сохранение опороспособной стопы у (88,3±1,2)% оперированных больных. Послеоперационная летальность, связанная в основном с сепсисом и ампутацией бедра, составила (6,2±0,7)%. Гнойные и некротические послеоперационные осложнения снизились соответственно с (27,2±2,6)% до (3,7±0,9)% и с (33,6±3,0)% до (9,6±1,6)% ($p < 0,01$).

Ключевые слова: классификация, синдром диабетической стопы, сахарный диабет.

Для ссылки: Бенсман, В.М. Функциональная классификация синдрома диабетической стопы и ее прикладное значение / В.М. Бенсман, Ю.П. Савченко, К.Г. Триандафилов // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С. 12–16. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).12-16.