

© Т.В.Грачева, Е.Ю.Левчик, 2010
УДК 616.379-008.64-06:617.586-089-06

Т.В.Грачева, Е.Ю.Левчик

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главврач — Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, хирургическое лечение, отдаленные результаты, качество жизни.

Введение. Синдром диабетической стопы (СДС) развивается в течение жизни у 4–10% больных с сахарным диабетом (СД). Инфекционные осложнения СДС у 30–79% пациентов требуют выполнения высоких ампутаций нижних конечностей; 5-летняя выживаемость после ампутаций составляет 25–40% [2–5]. К настоящему времени многие отечественные хирурги применяют вмешательства, направленные на сохранение опорной функции нижних конечностей у больных с осложненными формами СДС [3, 5, 7]. Однако качество жизни пациентов в отдаленном периоде после хирургического лечения осложненных форм СДС в нашей стране изучено недостаточно [1, 3, 4].

Цель нашего исследования — изучение качества жизни больных в отдаленные сроки после хирургического лечения осложненных форм СДС.

Материал и методы. Проведено открытое проспективное контролируемое исследование отдаленных результатов и качества жизни 116 пациентов с осложненными формами СДС после хирургического лечения в отделениях гнойной хирургии ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» в период с 01.01.2005 г. по 31.12.2007 г. У 24 (21%) больных был СД I типа и у 92 (79%) — СД II типа.

По ближайшим исходам хирургического лечения больные были разделены на 2 группы. К 1-й группе — неудовлетворительных непосредственных результатов лечения — отнесли 34 пациента после выполнения ампутаций выше дистальной трети стопы [6]. Во 2-ю группу включили 82 больных с

удовлетворительными ближайшими исходами. В качестве 3-й (контрольной) группы для сравнительного анализа были выбраны 30 пациентов с СД I и II типа, без СДС в анамнезе, лечившиеся в тот же период времени в эндокринологическом отделении стационара и значимо не отличавшиеся от пациентов групп сравнения по половому составу и длительности СД.

Демографические показатели групп сравнения представлены в табл. 1.

Достоверно больший средний возраст пациентов в группе больных с неудовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения в сравнении с двумя другими группами ($p < 0,025$) был обусловлен преобладанием в этой группе больных с хронической артериальной ишемией нижних конечностей атеросклеротического и диабетического (медиаосклероз) происхождения, чаще всего приводящей к ампутациям у больных с СД [2, 6]. Длительность СД составила соответственно $(16,0 \pm 9,4)$, $(13,9 \pm 8,9)$ и $(14,0 \pm 8,5)$ лет и была сопоставима во всех группах сравнения ($p > 0,1$).

Выявленные осложнения СДС [5] в группах сравнения приведены в табл. 2.

В группе с неудовлетворительными непосредственными исходами лечения преобладали пациенты с гангреной стопы ($p < 0,05$), что объяснялось большей долей больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов и хронической артериальной ишемией нижних конечностей. У пациентов с удовлетворительными исходами лечения чаще выявлялись флегмоны, поражение костно-суставного аппарата стоп ($p < 0,05$). При некрозе («сухой гангрене») и инфицированной трофической язве стопы существенных различий в частоте неудовлетворительных и удовлетворительных исходов не обнаружили ($p > 0,1$).

СДС у пациентов, включенных в исследование, относили к одной из трех основных его клинко-морфологических форм — нейропатической, нейроишемической, ишемической [1].

Критериями определения нейропатической формы СДС служили наличие типичных жалоб, нарушения чувствительности на стопах и отсутствие клинически значимого

Таблица 1

Распределение больных в группах сравнения по демографическим показателям

Показатель	Неудовлетворительный результат, $n_1=34$	Удовлетворительный результат, $n_2=82$	Контрольная группа, $n_3=30$
Средний возраст, годы, $M \pm \sigma$	$65,0 \pm 9,7$	$57,0 \pm 11,4$	$55,0 \pm 16,0$
Мужчины, абс. число, %	19 (55,9)	38 (46,3)	16 (53,3)
Женщины, абс. число, %	15 (44,1)	44 (53,7)	14 (46,7)
Длительность СД, годы, $M \pm \sigma$	$16,0 \pm 9,4$	$13,9 \pm 8,9$	$14,0 \pm 8,5$

Таблица 2

Распределение больных в группах сравнения по осложнениям СДС

Показатель	Неудовлетворительный результат, $n_1=34$		Удовлетворительный результат, $n_2=82$		p
	Абс. число	%	Абс. Число	%	
Флегмона стопы	7	20,6	40	48,8	<0,05
Гангрена стопы («влажная»)	11	32,3	1	1,2	<0,05
Инфицированная трофическая язва	8	23,5	11	13,4	>0,1
Некроз стопы («сухая гангрена»)	8	23,5	17	20,7	>0,1
Остеомиелит, остеоит, артрит	0	0	13	15,8	<0,05

поражения артерий нижних конечностей. Диагноз диабетической нейропатии (ДН) подтверждали при неврологическом осмотре. Порог тактильной чувствительности оценивали в трех точках на подошвенной поверхности (ногтевая фаланга I пальца, область I и V плюснефаланговых суставов) десятиграммовым монофиламентом Semmes—Weinstein. Порог вибрационной чувствительности изучали при помощи стандартного градуированного камертона частотой 128 Гц в области костных выступов — апикулярная поверхность I пальца, медиальная поверхность I плюснефалангового сустава, верхушка медиальной лодыжки — с учетом возрастных норм вибрационной чувствительности [2, 3]. Болевую чувствительность исследовали последовательно восходящими уколами тупой иглы на тыльной и подошвенной поверхности стопы. Температурную чувствительность определяли при помощи устройства «Tiptherm». Отсутствие или снижение тактильной чувствительности в 2 из 3 точек, снижение вибрационной чувствительности ниже возрастной нормы, снижение или отсутствие болевой чувствительности подтверждали наличие сенсорного дефицита [1].

Выявление ишемии в области стопы начинали при физикальном осмотре, по локальному снижению температуры кожи, изменению ее цвета и влажности. Далее определяли наличие/отсутствие пульсации или ее ослабление при симметричной пальпации бедренных, подколенных, передних и задних большеберцовых сосудов. Ослабление или отсутствие пульсации на одной или обеих артериях голени в лодыжечной области и выявление признаков нейропатии являлись признаками нейроишемической формы СДС [1, 3]. Степень выраженности хронической артериальной ишемии определяли клинически — по Фонтейну—Покровскому и подтверждали выполнением ультразвуковой доплерографии с расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) [3].

При клинико-инструментальном подтверждении IV степени хронической артериальной ишемии по А.В.Покровскому СДС относили к ишемической форме. Распределение пациентов по клинико-морфологическим формам СДС представлено в табл. 3.

В группе пациентов с удовлетворительными непосредственными результатами лечения было больше больных с нейропатической формой СДС ($p<0,05$). Что касается соотношения частоты выявления нейроишемической и ише-

мической форм, межгрупповых различий не выявили ($p>0,1$). Тем не менее, у 26 (76,5%) из 34 пациентов с неудовлетворительными исходами хирургического лечения выявили поражение артерий нижних конечностей; это было больше, чем в группе больных с удовлетворительными результатами — у 50 (61%) из 82 больных ($p<0,05$).

Всем больным при выписке были рекомендованы общепринятые методы лечения СД и его осложнений.

Через 6–18 мес после выписки из хирургического стационара всем пациентам были разосланы анкеты-опросники SF-36 (SF-36 Health Status Survey), который относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни и широко распространен в США и странах Европы при проведении медицинских исследований [8]. 36 пунктов анкеты-опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов представляют полное здоровье. Все шкалы формируют два обобщенных показателя: душевное (ДБ) и физическое благополучие (ФБ) [11].

Для уточнения функции нижней конечности рассылали также анкеты-опросники «Функциональной шкалы нижних конечностей» (ФШНК) [8]. Анкета функциональной шкалы нижних конечностей составлена из 20 вопросов, касающихся физических затруднений, связанных с функцией нижних конечностей. Максимальная сумма — 80 баллов — соответствует полной функциональной полноценности нижней конечности [8].

В прилагавшемся к анкетам письме содержалась просьба к пациентам самостоятельно (или с помощью родственников) ответить на содержащиеся в них вопросы. При отсутствии ответа на первое обращение через 2 мес письмо с анкетами-опросниками посылали повторно. В контрольной группе анкетирование проводили очно; пациенты отвечали на вопросы в отсутствие посторонней помощи.

Полученные данные исследовали методами вариационной статистики. Для межгрупповых сравнений использовали параметрические — t-критерий Стьюдента для средних (при

Таблица 3

Распределение больных в группах сравнения по клиническим формам СДС

Показатель	Неудовлетворительный результат, $n_1=34$		Удовлетворительный результат, $n_2=82$		p (значение критерия Фишера)
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Нейропатическая форма	8	23,5	32	38,1	<0,05
Нейроишемическая форма	19	55,9	39	47,6	>0,1
Ишемическая форма	7	20,6	11	14,3	>0,1

Таблица 4

Частота ответов в группах пациентов с СДС

Показатель	Неудовлетворительный результат, $n_1=34$		Удовлетворительный результат, $n_2=82$		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Всего ответов	21	61,8	58	70,7	>0,1
Получено ответов на вопросы анкет	12	35,3	49	59,7	<0,05
Сообщений о смерти больных	9	26,5	9	11,0	<0,05
Не ответили	13	38,2	24	29,3	>0,1

нормальном распределении) и (ф) Фишера для долей, непараметрический критерий (U) Уилкоксона—Манна—Уитни для независимых выборок (при распределении, отличающемся от нормального). Уровень значимости статистических различий $p<0,05$; при множественных сравнениях применяли поправку Бонферрони [4]. Вычисления выполнены при помощи программ «Биостат» (Издательский дом «Практика», 2006), «Microsoft Excel» (Microsoft Corporation, 1985–2001), Statistica 6.0 (StatSoft Inc. 1984–2001).

Результаты и обсуждение. Всего было получено 79 (68,1%) ответов на 116 писем-обращений, из которых в 61 (52,6%) содержались ответы на вопросы анкет, а в 18 (15,6%) родственники сообщили о смерти пациента. На 37 (31,9%) писем ответов после двукратной рассылки мы не получили. Результаты эффективности анкетирования в группах больных приведены в табл. 4.

Межгрупповых различий в долях полученных нами ответов на письма не выявили ($p>0,1$). Однако в группе неудовлетворительных результатов было получено больше сообщений о смерти больных ($p<0,05$). Соответственно доля ответивших на вопросы анкет в группе пациентов с удовлетворительными результатами лечения была выше ($p<0,05$).

Показатели качества жизни в группах, по данным анкет SF-36, представлены в табл. 5. При оценке показателей баллов по шкалам (ФФ, РФ, ИБ, ОЗ, ЖА, СФ, РЭ, ПЗ) были выявлены ненормальные распределения, поэтому в описательной статистике использованы показатели медианы и 25, 75 перцентилей. Показатели суммарных баллов ФБ, ДБ представлены в виде среднего показателя и стандартного отклонения выборки, ввиду их нормального распределения [7].

Показатель ФФ, отражавший степень, в которой физическое состояние ограничивало выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.), у больных с неудовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения был самым низким в сравнении с пациентами с удовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения (1:2) и больными без поражения конечностей (1:4) ($p<0,025$, при парных сравнениях). Это было связано с утратой пациентами 1-й группы опорной функции конечности, резким снижением физической активности и способности к самообслуживанию. Нельзя не отметить, что незначительное уменьшение пока-

Таблица 5

Показатели качества жизни (анкета SF-36) в группах больных с сахарным диабетом с осложненным СДС и без СДС (баллы, Me, Q_1 , Q_3)

Показатель	Неудовлетворительный результат, $n_1=12$	Удовлетворительный результат, $n_2=49$	Контрольная группа, $n_3=30$
ФФ — Me, Q_1 , Q_3	10,0 (0,0;10,0)*,**	35,0 (10,0;60,0)*	40,0 (10,0;96,0)**
РФ — Me, Q_1 , Q_3	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;37,5)	0,0 (0,0;0,0)
ИБ — Me, Q_1 , Q_3	21,5 (15,6;26,6)*,**	41,0 (31,0;62,0)*	41,0 (22,0;54,0)**
ОЗ — Me, Q_1 , Q_3	37,5 (18,6;50,5)	25,0 (20,0;40,0)	30,0 (20,0;45,0)
ЖА — Me, Q_1 , Q_3	32,5 (17,5;43,6)	35,0 (25,0;52,5)	40,0 (25,0;55,0)
СФ — Me, Q_1 , Q_3	37,5 (21,9;50,0)*,**	50,0 (43,8;62,5)*	50,0 (37,5;62,5)**
РЭ — Me, Q_1 , Q_3	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;50,0)	0,0 (0,0;33,3)
ПЗ — Me, Q_1 , Q_3	34,0 (20,0;48,0)	44,0 (32,0; 52,0)	44,0 (32,0; 56,0)
ДБ, $M\pm\sigma$	31,5 $\pm$ 7,7	37,2 $\pm$ 9,0	36,4 $\pm$ 12,6
ФБ, $M\pm\sigma$	35,9 $\pm$ 3,9*,**	42,4 $\pm$ 6,5*	40,5 $\pm$ 10,1**

Примечание. Me — медиана; Q_1 — 25 перцентиль; Q_3 — 75 перцентиль выборки.

* $p<0,025$ между 1-й и 2-й группой.

** $p<0,025$ между 1-й и 3-й группой.

зателя ФФ наблюдали в сравнении с пациентами с СД без СДС и у больных с удовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения. Мы связываем этот факт с длительным (3–6 мес) периодом медицинской реабилитации и использованием вспомогательных средств функциональной разгрузки нижней конечности, таких как костыли, кресло-каталка, ходунки (ввиду недоступности в регионе современных средств функциональной разгрузки стопы).

Показатель РФ, отражавший влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей), оказался крайне низким у больных всех групп сравнения, что отражало преобладание социально малоактивных пациентов — пенсионеров и инвалидов, а также неудовлетворенность остальных качеством своей ролевой деятельности.

Интенсивность боли в группе больных после высоких ампутаций превосходила таковую у пациентов после органосохраняющих операций и пациентов без поражения нижних конечностей (1:2), что, вероятно, объяснялось длительными «фантомными» болями в культях или недостаточно высокими анатомическими уровнями ампутаций у больных с хронической артериальной ишемией, преобладавших в группе больных с неудовлетворительными ближайшими исходами хирургического лечения.

Баллы ОЗ имели низкие значения у пациентов всех групп сравнения, очевидно, в связи с пессимистической оценкой больными состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив дальнейшего лечения. Пациенты, перенесшие высокие ампутации, даже несколько выше оценивали показатель ОЗ, вероятно, вследствие радикального решения длительно существовавшей тяжелой проблемы со здоровьем.

Показатель ЖА был снижен у всех больных и значительно не различался между группами сравнения, что свидетельствовало о снижении жизненной активности у всех обследованных пациентов с длительностью (10–20 лет) СД.

Было выявлено, что группа больных с неудовлетворительными непосредственными результатами хирургического лечения имела самый низкий балл СФ — 1:2, по отношению к обеим группам сравнения, что объяснялось возникшими физическими ограничениями и эмоциональным состоянием в связи с потерей нижней конечности, ограничивающими социальную и трудовую активность и разрушившими привычный круг общения. В то же время, в группе больных с удовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения осложненного СДС и в контрольной — у пациентов с СД без СДС значения СФ существенно не различались (1:1).

Анкетирование выявило низкие показатели РЭ у больных всех групп сравнения, межгрупповых различий не обнаружили. Шкала предполагала оценку степени, в которой эмоциональное состояние пациента мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение выполненного объема работы, снижение ее качества). Полученные результаты, вероятно, отражали низкую трудовую и повседневную бытовую активность включенных в исследование больных старшей возрастной группы с длительным СД.

Показатель ПЗ отражал соотношение положительных эмоций, тревоги и депрессии и составил в сравниваемых группах пациентов от 34 до 44 баллов из 100 возможных — межгрупповых различий не обнаружили. Во всех трех группах сравнения преобладали тревожное и депрессивное настроения.

Интегральные показатели ДБ, составленные из шкал ПЗ, РФ, СФ и ЖА, существенно не различались между группами сравнения и колебались в интервале 31–37 баллов из 100 максимальных. Причинами низких показателей ДБ во всех группах больных считали преобладание в их составе пенсионеров и инвалидов с длительным СД и низким уровнем социальной защищенности.

Физические ограничения, связанные с утратой нижней конечности, и их социальные и иные последствия, сохранение интенсивного болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде у больных с неудовлетворительными непосредственными результатами хирургического лечения обусловили самый низкий средний балл физического благополучия (ФБ) при попарном сравнении с аналогичными показателями двух других групп ($p < 0,025$).

Таким образом, результаты анкетирования в отдаленные послеоперационные сроки при помощи опросника SF-36 пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными непосредственными исходами хирургического лечения осложненных форм СДС и больных СД без СДС выявили явные преимущества «экономных» резекций стопы по показателям физического и социального функционирования. Тем не менее, во всех группах сравнения наблюдали выраженное снижение баллов ДБ и показателей, его составляющих. В значительной мере это отражало низкое качество социальной реабилитации включенных в исследование пациентов — преимущественно старшей возрастной группы и с длительным стажем СД.

Анкеты-опросники ФШНК позволили оценить ограничения в повседневной физической активности, связанные с состоянием нижних конечностей, в изучаемых группах больных с СД. Самый низкий средний ($M \pm \sigma$) балл $17,1 \pm 7,8$ по ФШНК выявили в группе больных с неудовлетворительными ближайшими результатами хирургического лечения. Средний балл ФШНК у пациентов с удов-

летворительными результатами хирургического лечения, осложненного СДС, составил $32,4 \pm 17,9$, в контрольной группе больных с СД без СДС — $34,3 \pm 13,0$ ($p > 0,1$). В то же время, средний балл ФШНК в группе больных с неудовлетворительными исходами лечения был ниже, чем в обеих других группах сравнения ($p < 0,025$). С одной стороны, это показывало низкий уровень повседневной физической активности, связанный с состоянием нижних конечностей, у больных с СД и без СДС (34 условных балла из 80). С другой — доказывало правильность современной хирургической тактики лечения осложненных форм СДС, направленной на сохранение опорной функции нижней конечности. Вероятно, несмотря на низкую частоту компенсации СД и использования ортопедических изделий для временной и постоянной разгрузки стопы у больных с осложненными формами СДС, большинство оперированных пациентов с сохраненной опорной функцией нижней конечности в отдаленные сроки приспособились к доступной им при новых условиях повседневной физической активности.

Таким образом, результаты анкетирования в отдаленные послеоперационные сроки при помощи анкет-опросников SF-36 и ФШНК выявили явные преимущества «экономных» резекций стопы в лечении осложненных форм СДС. В целом, по интегральному показателю ФБ группа больных с удовлетворительными непосредственными исходами хирургического лечения приближалась к контрольной группе пациентов с СД без СДС. Аналогичные данные межгрупповых сравнений были получены и при анализе ответов на специализированный опросник ФШНК. Тем не менее, во всех группах сравнения, по данным анкеты SF-36, наблюдали низкие значения интегрального параметра ДБ и показателей, его составляющих. В значительной мере это отражало плохое качество социальной реабилитации включенных в данное исследование пациентов, преимущественно — не работающих, старшей возрастной группы, с длительным стажем СД.

Выводы. 1. Интегральный показатель ФБ (анкета-опросник SF-36) и средний балл ФШНК (анкета-опросник ФШНК) в отдаленные послеоперационные сроки в группе больных с удовлетворительными непосредственными исходами хирургического лечения осложненного СДС соответствуют таковым в сопоставимой группе больных с СД без клиники поражения стоп.

2. Утрата опорной функции нижней конечности в группе больных с неудовлетворительными ближайшими исходами хирургического лечения осложненного СДС в отдаленные послеоперационные сроки приводит к значительному снижению интегрального показателя ФБ (SF-36) и среднего балла ФШНК по сравнению с группами пациентов с удовлетворительными непосредственными

исходами лечения и больных с СД без клиники поражения стоп.

3. По интегральному параметру ДБ (SF-36) межгрупповых различий не выявили, что отражает низкое качество социальной реабилитации включенных в исследование пациентов (преимущественно, старшей возрастной группы, не работающих, с длительным стажем СД).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа.—М.: Практическая медицина, 2005.—197 с.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Метод. реком.—М., 2002.—88 с.
3. Галстян Г.Р. Синдром диабетической стопы // Новый мед. журн.—1998.—№ 3.—С. 2–69.
4. Зубарев П.Н., Рисман Б.В., Епифанов М.В. Некоторые аспекты прогнозирования лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы // Амб. хир.—2005.—№ 3.—С. 45–47.
5. Международное соглашение по диабетической стопе.—М., 2000.—97 с.
6. Олейников П.Н., Михайлянц Г.С., Баранов О.Н. и др. Лечение и реабилитация больных пожилого и старческого возраста, страдающих синдромом диабетической стопы, на стационарном и амбулаторных этапах // Амб. хир.—2001.—№ 3.—С. 40–43.
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ.—М.: Практика, 1999.—397 с.
8. Binkley J.M., Stratford P.W., Lott S.A. The lower extremity functional scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application // Physical Therapy.—1999.—Vol. 79.—P. 371–383.
9. Inzucchi S.E. Management of hyperglycemia in the Hospital setting // New England hospital J. medicine.—2006.—Vol. 335.—P. 1903–1911.
10. Frykberg R.G., Zgonis Th., Armstrong D.G. Diabetic Foot Disorders: a Clinical practice Guideline (2006 revision) // J. Foot Ankle Surgery.—2006.—Vol. 45, № 5.—P. 2–68.
11. Ware J.E. «SF-36 Health Survey Update» // SINE.—2000.—Vol. 25, № 24.—P. 3130–3139.

Поступила в редакцию 13.03.2009 г.

T.V.Gracheva, E.Yu.Levchik

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT LATE TERMS AFTER SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

Quality of life were explored in an open prospective controlled study in 116 patients with complicated Diabetic Foot Syndrome (experimental group) and 30 diabetics without this syndrome (control group) by questioning of quality of life (questionnaires SF-36, Functional Scale of Lower Extremity) in long terms (6–18 months) after surgical treatment. Advantages of foot «saving» resections in surgical treatment of complicated Diabetic Foot Syndrome were detected: patients without amputations had the physical wellbeing score and the Functional Scale of Lower Extremity number, comparable with the group of diabetics without Diabetic Foot Syndrome. The integral mental wellbeing scores were low in all observed groups of patients.