

УДК:616.379-008.64-06:617.686-02

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ЗАТО СЕВЕРСК

К.М. Попов¹, Л.Л. Максимова¹, Г.Ц. Дамбаев²

¹ФГУЗ Клиническая больница № 81, ЗАТО Северск

²ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск

E-mail: surg123@vtomske.ru

THE PREVALENCE OF DIABETIC FOOT IN SEVERSK

K.M. Popov¹, L.L. Maksimova¹, G.Ts. Dambaev²

¹Clinical Hospital No. 81, Seversk

²Siberian State Medical University, Tomsk

В работе представлены результаты обследования 396 пациентов. На основании полученных результатов исследовали распространенность синдрома диабетической стопы. Получены новые данные о среднем возрасте пациентов, страдающих язвами конечностей. Изучена структура инвалидности среди данных пациентов.

Ключевые слова: диабетическая стопа, эпидемиология, инвалидность.

In work results of inspection of 396 patients are presented. On the basis of the received results the prevalence of a syndrome of diabetic foot is studied. The new data about middle age of patients of extremities suffering by ulcers are obtained. The structure of physical inability among given patients is studied.

Key words: diabetic foot, epidemiology, disability.

Введение

В силу многообразия поражений нижних конечностей при сахарном диабете смысл понятия “диабетическая стопа” зачастую различен. Главным образом – это гнойно-деструктивные поражения нижних конечностей вследствие сахарного диабета. Около 85% [2] этих поражений составляют трофические язвы стоп, оставшуюся часть – абсцесс, флегмона, остеомиелит, тендовагинит, гнойный артрит и другие процессы, развивающиеся либо

первично, либо как осложнение трофической язвы. Кроме того, к синдрому диабетической стопы относятся диабетическая остеоартропатия, а также стойкие последствия названных процессов, разного уровня ампутации нижних конечностей.

Ряд авторов предлагают ставить диагноз “диабетическая стопа” и у больных с факторами риска гнойно-деструктивных поражений (тяжелая диабетическая полинейропатия, выраженная деформация стоп, язва в анам-

незе).

В России эпидемиологические исследования на основании скринингового осмотра были проведены в Санкт-Петербурге [1]. Трофические язвы стоп имели место у 3,1% больных, малые ампутации перенесли около 1% обследованных, а высокие ампутации – 0,4%. Цель исследования: изучить распространенность синдрома диабетической стопы в Томске и Северске.

Материал и методы

Исследование распространенности синдрома диабетической стопы среди пациентов, страдающих сахарным диабетом типа 1 и 2, проведено на базе отделения гнойной хирургии госпитальной хирургической клиники СибГМУ, Северского центра эндокринологии и кабинета “Диабетическая стопа” в 2009–2011 гг. В исследование были включены все пациенты, находившиеся на плановом и экстренном лечении в хирургическом и эндокринологическом отделениях, а также на диспансерном учете у эндокринолога поликлиники. Таким образом, были охвачены все группы пациентов с неосложненным и осложненным течением сахарного диабета.

Эпидемиологию синдрома “диабетическая стопа” оценивали на основании осмотра и анализа полученных данных у 396 пациентов, страдающих СД типа 1 и 2. Среди осмотренных пациентов было 127 мужчин (32,1%) и 269 женщин (67,9%). Соотношение мужчин и женщин, страдающих сахарным диабетом, – 1 : 3, что типично для сахарного диабета.

Диагноз синдрома диабетической стопы устанавливался на основании сбора жалоб (онемение, парестезии, дизестезии, судороги – характерные для диабетической полинейропатии) и анамнеза (наличия язв нижних конечностей и операций в прошлом).

Всем пациентам проведено исследование неврологического статуса с определением тактильной, температурной, болевой, вибрационной чувствительности в соответствии с рекомендациями Международного соглашения по диабетической стопе (2000). Оценку состояния кровотока проводили с помощью аппарата ультразвуковой доплерографии “Минидоп-8”.

На основании полученных данных устанавливали степень риска развития трофической язвы: нет признаков сенсорной полинейропатии – отсутствие риска; сенсорная нейропатия – низкий риск; сенсорная нейропатия и/или деформация стопы – умеренный риск; ампутации и

язвы в анамнезе – высокий риск [2].

Диагноз неструктивной формы диабетической стопы устанавливали при умеренном и высоком риске развития трофической язвы, деструктивной – при наличии язвы на момент осмотра.

Результаты и обсуждение

Синдром диабетической стопы в деструктивной и неструктивной форме был выявлен у 98 человек, что составило 24,7% от общего количества пациентов. С учетом того, что сюда были включены пациенты с тяжелой диабетической полинейропатией без наличия язвенного дефекта, эти данные в целом соответствуют цифрам, приводимым другими авторами, которые оценивают распространенность диабетической полинейропатии в популяции от 23 до 60% [3, 5, 6].

Все пациенты, которым был установлен диагноз синдрома диабетической стопы, были разделены на 2 группы: 1) с деструкцией – больные с наличием язвенного дефекта на момент осмотра и 2) неструктивная форма – язва в анамнезе или непосредственный риск ее развития. Внутри групп больных разделили согласно общепринятой классификации на нейропатическую, ишемическую и смешанную формы. Число больных и их соотношение представлены в таблице 1.

При этом было выявлено, что деструктивной формой страдают 34,4% пациентов с синдромом диабетической стопы, а их доля в общей популяции пациентов, страдающих сахарным диабетом, равна 8,3%.

Таблица 1

Структура больных, страдающих СДС

Формы	Количество больных	Средний возраст, лет	%
Неструктивная нейропатическая	6 – м; 15 – ж	64±13,8; 69,5±9,5	23,4
Неструктивная смешанная	15 – м; 20 – ж	66,8±6,8; 75,2±8,5	38,9
Неструктивная ишемическая	3 – м	68,3±11,6	3,3
Деструктивная нейропатическая	7 – м; 8 – ж	56,3–12,2; 63±16,6	16,7
Деструктивная смешанная	5 – м; 8 – ж	63,2±12,4; 64,8±8,1	14,4
Деструктивная ишемическая	3 – ж	69,3±12,5	3,3
Итого:	90		100

Таблица 2

Средний возраст больных

Формы СДС	Количество пациентов	Возраст, лет
Неструктивная	61	70,1±9,6
Деструктивная	29	61,9±12,5

Таблица 3

Число больных, состоящих на учете по инвалидности

Группы	Количество больных	%
1	9	10
2	41	45,5
3	15	16,7
Без инвалидности	25	27,8
Итого	90	100

При изучении распространенности трех основных форм выяснилось, что нейропатическая форма встретилась у 39 пациентов (39,8%), нейроишемическая – у 51 (52%), ишемическая – у 8 пациентов (8,2%).

Во время статистической обработки массива пациентов была выявлена интересная закономерность (табл. 2). При сравнении среднего возраста пациентов с наличием язвенных дефектов и без них выявлено их достоверное различие (непараметрический критерий Манна–Уитни, $Z=-2,924$, $p<0,05$). Средний возраст пациентов, страдающих осложненной деструктивной формой СДС, оказался практически на 8 лет меньше, чем у пациентов с аналогичной картиной диабетической полинейропатии и макроангиопатии без деструкции. Полученные данные представлены в таблице. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Более молодой возраст среди пациентов с наличием деструкций, по-видимому, связан с высокой повседневной активностью, что приводит к развитию язвенных дефектов вследствие диабетической полинейропатии в сочетании с наличием деформаций и патологии сосудистого русла. Так как в патогенезе развития язвенного дефекта прежде всего лежит повышенная нагрузка на не приспособленные отделы стопы (кончики пальцев при клювовидной их деформации, выступающие головки плюсневых костей, костные деструкции при ДОАП, плоскостопие). Еще большая разница в возрасте между больными с нейропатическими язвами и пациентами с тяжелой полинейропатией без деструкции (в среднем на 10 лет моложе: $59,9\pm14,6$ против $68,13\pm10,7$; $p<0,05$, $Z=-2,248$).

Все осмотренные пациенты состоят на диспансерном учете у врача-эндокринолога. Данные по инвалидности представлены в таблице 3.

Стоит отметить, что основной причиной инвалидности среди осмотренных пациентов стало не только поражение нижних конечностей при сахарном диабете, но и сочетанная патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, ГБ, ОНМК) – 38 пациентов, а также поражение глаз – 17 пациентов.

Выводы

1. 8,3% больных сахарным диабетом страдают язвенными дефектами нижних конечностей. У каждого третьего пациента отмечается высокий риск развития язвенного дефекта в будущем.
2. Диабетическая остеоартропатия выявлена у 5 пациентов, что составило примерно 1% случаев. Данные цифры не отличаются от данных других отечественных и зарубежных исследователей [1, 4]. В 3 случаях это была хроническая фаза со сформированной стопой Шарко, по одному случаю на острую и подострую фазы.
3. 72% больных с синдромом диабетической стопы находятся на инвалидности. 61% из них имеет инвалидность по сопутствующим заболеваниям,отягчающим течение сахарного диабета.

Литература

1. Бреговский В.Б., Зайцев А.А. и др. Поражения нижних конечностей при сахарном диабете. – СПб. : Диля, 2004. – 272 с.
2. Международная рабочая группа по диабетической стопе. Международное соглашение по диабетической стопе. – М. : Берг, 2000. – 96 с.
3. Удовиченко О.В., Грекова Н.М. Диабетическая стопа. – М. : Практическая медицина, 2010. – 272 с.
4. Frykberg R., Mendezoon E. Management of the diabetic charcot foot diabetes // Metabolism research and reviews. – 2000. – Vol. 16, Suppl. 1. – P. S59–S65.
5. Haupt E., Ledemann H., Kopcke W. Benfotiamine in the treatment of diabetic polyneuropathy – a three-week randomized controlled pilot study // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. – 2005. – Vol. 43, No. 2. – P. 71–77.
6. Young M.J., Boulton A.J., MacLeod A.F. et al. A multicentre study of prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population // Diabetologia. – 1993. – Vol. 36, No. 2. – P. 150–154.

Поступила 20.09.2011