

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ В ПРАКТИЦІ МЦ «ДІАБЕТИЧНА СТОПА»

Тутуров С.С., Мамет'єв О.О., Чемирисов В.В.

Медичний центр (МЦ) «Діабетична стопа», м. Нікополь

Згідно з даними світової статистики 50-70% усіх випадків ампутацій ніг нетравматичного характеру проводиться у хворих на цукровий діабет, а ризик ампутацій нижніх кінцівок у таких пацієнтів після виникнення синдрому діабетичної стопи у 25 разів вищий ніж у загальній популяції.

Діабетична стопа, або синдром діабетичної стопи – це найбільш часте ускладнення цукрового діабету, виникає через 15-20 років після початку захворювання при настанні стадії декомпенсації. У 90% випадків синдром діабетичної стопи діагностується при цукровому діабеті другого типу. Захворювання являє собою виразково-некротичне ураження шкіри, м'яких тканин, а у важких випадках і кісткової тканини стопи. У своїй кінцевій стадії діабетична стопа призводить до гангрени кінцівки, від якої гинуть дві третини пацієнтів з цукровим діабетом другого типу.

Діагностика діабетичної стопи не представляє труднощів із-за наявності в анамнезі діабету і характерної клінічної картини захворювання. Для лікування має значення встановлення форми і стадії процесу, для чого проводять неврологічне дослідження, детальне дослідження кровотоку (ангіографія, доплерометрія, доплерографія та ін.), дослідження крові, рентгенографію стоп, бактеріологічне дослідження вмісту виразки.

Згідно класифікації цього захворювання (з урахуванням переважного ураження), прийнятої за основу світовим медичним співтовариством, виділяють наступні види діабетичної стопи: **нейропатична** стопа, при якій переважають порушення іннервації; **ішемічна стопа**, переважають порушення з боку мікросудинного русла; нейро-ішемічна стопа, що поєднує в собі ознаки першої і другої форм. Найбільш часто зустрічається нейропатична стопа, на другому місці по частоті – змішана форма, ішемічна стопа є найбільш рідкісним проявом синдрому діабетичної стопи. В залежності від виду, залежить підхід до лікування діабетичної стопи та прогноз захворювання. Щонайменше, у 47% хворих лікування починається пізніше можливого. Результатом є ампутації кінцівок, збільшують смертність хворих у 2 рази і підвищують подальшу вартість лікування і реабілітації хворих у 3 рази. Удосконалення тактики діагностики, диспансеризації, лікування хворих дозволяють знизити частоту ампутацій у хворих на 43-85%.

На частку хворих із синдромом діабетичної стопи щороку припадає 30% усіх ліжко-днів, пов'язаних із цукровим діабетом. Щороку у 5-10% хворих на цукровий діабет розвиваються діабетичні виразки, 7% пацієнтів потребують реконструктивних операцій на судинах, 1% – переносять ампутації ніг. За різними даними, у хворих на цукровий діабет кожного року проводиться від 7 до 206 ампутацій на 100 тис. населення (за світовими даними). Тривале спостереження за хворими, які перенесли ампутацію, показало, що післяопераційна смертність серед них сягає 6%, а смертність протягом перших п'яти років після ампутації – 39-68%. Після перенесеної ампутації однієї ноги у 42% осіб протягом перших трьох років проводять ампутацію другої ноги, і 56% потребують ампутації другої ноги протягом подальших 3-5 років. Навіть у розвинених країнах у 15-19% хворих

клінічний діагноз цукрового діабету уперше встановлюється лише тоді, коли пацієнт потрапляє до стаціонару с приводу гангрені ноги.

Світовий досвід показав, що створення єдиної вертикально інтегрованої системи організації служби діабетичної стопи з трьома рівнями надання допомоги дає змогу значно зменшити кількість ампутацій. Найважливішим у цій системі є розвиток мережі кабінетів діабетичної стопи, завданням яких є виявлення хворих із групи ризику розвитку синдрому діабетичної стопи (периферична нейропатія, ангіопатія, наявність гіперкератозів, дрібних ушкоджень та виразок).

Запровадження цієї системи у практичну діяльність органів охорони здоров'я на місцях є надзвичайно актуальним завданням ендокринологічної служби України, що має реалізуватися шляхом організації трьох головних рівнів надання подіатричної терапевтичної допомоги.

Перший рівень (Первинний та вторинний рівні ЛПЗ)

Створення центрів (кабінетів) діабетичної стопи, де здійснюються:

- профілактичні огляди хворих;
- навчання пацієнтів та членів їх родин методів профілактики розвитку синдрому діабетичної стопи;
- догляд за стопами: видалення гіперкератозів, корекція росту нігтів, лікування грибкових уражень, лікування виразок I-II ст. за Вагнером, призначення розвантажувальних і захисних пристосувань для стоп;
- визначення характеру біомеханічних порушень у нижніх кінцівках, визначення плечо-гомількового індексу, визначення наявності судинних порушень у нижніх кінцівках;
- встановлення характеру біомеханічних порушень у нижніх кінцівках;
- визначення характеру порушень чутливості у нижніх кінцівках.

Перший рівень передбачає здійснення скринінгу популяції хворих на цукровий діабет із визначенням осіб групи ризику та їх подальшого моніторингу. Саме співробітники цього рівня заповнюють форми (протоколи) для обстеження хворих, де фіксують зміни, виявлені під час спостереження хворих. Вони також призначають термін наступного обстеження згідно зі встановленим діагнозом або направляють хворого до стаціонару.

Другий рівень (вторинний рівень ЛПЗ)

Перев'язочні, де здійснюються:

1. Лікування гнійних уражень:

- хірургічна обробка виразок, ревізія виразок і нориць, їх дренивання;
- накладання постійних іммобілізуючих і розвантажувальних пристосувань;
- місцеве та регіонарна анестезія;
- місцева протимікробна терапія;
- фізіотерапевтичні та імунологічні методи місцевого лікування ран стоп;

2. Визначення ступеня життєздатності тканин стопи та можливості хірургічного лікування у межах стопи;

3. Біопсія тканин для морфологічного та бактеріологічного дослідження;

4. Хірургічне лікування нігтя, що вріс у пацієнтів із цукровим діабетом;

5. Разом із судинним хірургом встановлення показань для проведення ангіографії та переводу хворого до відділення судинної хірургії.

Третій рівень

Відділи у клініках великих наукових центрів, де здійснюється:

- апробація нових схем лікування діабетичних уражень нижніх кінцівок;
- підготовка персоналу для кабінетів діабетичної стопи;
- клініко-експериментальна робота;
- розробка та впровадження стандартів лікування патології нижніх кінцівок при цукровому діабеті;
- контроль роботи першого та другого рівня.

В Україні щорічно відкриваються і ведуть роботу кабінети «Діабетичної стопи», метою яких є зниження ускладнень при синдромі діабетичної стопи у хворих на цукровий діабет, а саме зменшення кількості «високих ампутацій», які інвалідизують населення, мультидисциплінарна консультативна допомога і вироблення алгоритму діагностичного обстеження хворих в амбулаторній практиці.

Робота кабінету тісно пов'язана з ендокринологічним і хірургічним відділеннями. Пацієнт оглядається фахівцем (хірургом, який пройшов спеціалізацію з судинної хірургії та «діабетичної стопи») 1 раз на 3 місяці, з групи ризику – 1 раз на місяць.

Клініко-діагностичне обстеження включає:

- лабораторне обстеження: (аналізи: глікований НВ (1 раз в 3 місяці), Проба Реберга (1 раз в 3 місяці), загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, ліпідний комплекс (1 раз в 6 місяців);
- УзАС і доплерографія судин н/кінцівок (1 раз на 6 місяців);
- рентгенографія кісток стопи (1 раз в 6 місяців);
- дослідження всіх видів чутливості стоп (температурної, больовий, тактильної, вібраційної), а так само сухожильних рефлексів;
- огляд окуліста (ангіоретинопатія), невролога, хірурга, ортопеда, ендокринолога, терапевта, нефролога – (1 раз в 6 місяців);
- внесення даних в вдосконалений «Протокол огляду хворого на цукровий діабет» при кожному огляді.

Крім того, хворий забезпечується ортопедичним взуттям та устілками (1 раз в 6 міс.); профілактичною апаратною обробкою стоп 1 раз в 3-4 тижні.

В м. Нікополі МЦ «Діабетична стопа», який обслуговує населення міста Нікополя (119627 чол.) і населення Нікопольського району (44716 чол.). Враховуючи близьке розташування м. Орджонікідзе (41894 чол.), м. Марганець (48739 чол.), смт. Томаківка і Томаківського району (8090 і 31629 чол.) пересічні мешканці даних територій, хворі на цукровий діабет, так само мають можливість отримувати кваліфіковану консультативну допомогу в Нікопольському МЦ

На диспансерному обліку у м. Нікополь знаходиться 3636 хворих на цукровий діабет; у Нікопольському районі – 1004; у Томаківському районі – 890; у місті Орджонікідзе – 1060; у м. Марганець – 263. Загалом 6853 осіб.

При медико-соціальної експертизі, крім ступеня тяжкості цукрового діабету, враховують наступні його ускладнення: ретинопатія; нейропатія; енцефалопатія; ангіопатія; стадія хронічної ниркової недостатності; кардіоміопатія (серцева недостатність); багаторазові гіпоглікемічні коми.

Інвалідами не визнаються хворі на цукровий діабет з легким і середньої важкості перебігом без ускладнень і виражених уражень органів та систем, супутньої патології і при відсутності протипоказаних видів і умов праці.

Протипоказані види і умови праці у хворих на цукровий діабет, ускладнений синдромом діабетичної стопи:

- важкий та середньої важкості фізична праця;
- праця, пов'язаний з тривалими ходьбою і стоянням, частими підйомами по сходах;
- тривала робота в умовах значного охолодження і високої вологості;
- місцевий і загальний вплив вібрації;
- праця, пов'язаний з впливом промислових отрут;
- робота, раптове припинення якої небезпечно через можливість травматизму (на конвєсєрі, біля рухомих механізмів, на висоті, водійські професії).

Обмеження здатності до трудової діяльності у хворих на цукровий діабет, ускладнений синдромом діабетичної стопи.

Перша ступінь обмеження здатності до трудової діяльності встановлюється інвалідам з помірними порушеннями статико-динамічних функцій організму при: (плегії нижньої кінцівки або вираженому моно парезі; помірному нижньому пара парезі; легкому нижньому парапарезі у поєднанні з легкою сенситивний атаксією; помірною сенситивною атаксією; I-II ступені хронічної артеріальної недостатності нижніх кінцівок; вираженими трофічними порушеннями, виключаючи велику трофічну виразку підошовної поверхні стопи), основна професія яких пов'язана з протипоказаними видами та умовами праці. Хворим можливо встановлення III (третьої) групи інвалідності.

Інвалідам з обмеженням здатності до трудової діяльності першого ступеня доступні професії розумової праці, пов'язані з помірним нервово-психічним напругою (наприклад, інженер, технолог, бухгалтер, економіст, лікар, юрист, лаборант), адміністративно-господарські процесії (наприклад, вахтер, обліковець, нормувальник, секретар-друкарка), професії фізичної праці, пов'язані з напругою легкого ступеня (наприклад, електрик, обслуговує електричні мережі, що не знаходяться під напругою, слюсар, оператор, наладчик, майстер по ремонту годинників, фотограф).

Друга ступінь обмеження здатності до трудової діяльності встановлюється інвалідам з вираженими порушеннями статико-динамічних функцій організму при: (вираженому нижньому парапарезі, помірною нижньому парапарезі в поєднанні з помірною сенситивний атаксією; вираженою сенситивною атаксією; II-III ступені хронічної артеріальної недостатності нижніх кінцівок, які характеризується вираженою переміжною кульгавістю з зупинками через кілька метрів і вираженими болями у спокої виражених трофічних порушеннях у вигляді великої трофічної виразки підошовної поверхні стопи), при яких здійснення трудової діяльності можливо в спеціально-створених умовах праці.

До обмеження другого ступеня призводить також наявність непротезованої кукси стегна (внаслідок хвороби чи вад кукси або короткої кукси) або поєднання протегованої кукси стегна з хронічною артеріальною недостатністю II ступеня іншої кінцівки.

Таких хворих визнають інвалідами II (другої) групи.

Трудова діяльність інвалідів неможлива при значно виражених порушеннях статико-динамічних функцій організму при: (нижній параплегії; значно вираженому

нижньому пара парезі; вираженому нижньому паропарезі в поєднанні з вираженою сенситивною атаксією; значно вираженою сенситивною атаксією; хронічній артеріальній недостатності III-IV ступеня обох нижніх кінцівок або однієї кінцівки в поєднанні з куксою стегна інший, або при наявності кукс стегон у верхній третині; непротезованій куксі однієї кінцівки і неможливості користуватися милицями (при екзартикуляції плеча, наслідках інсульту і непротезованих куксах нижніх кінцівок; важких комбінованих дефектах верхніх і нижніх кінцівок.). Такі хворі потребують постійної сторонньої допомоги, їм встановлюють I (першу) групу інвалідності – при регульованій сторонній допомозі (1-3 рази на тиждень) – I Б, та при нерегульованій (2-3 рази на добу) – I А група інвалідності.

Таким чином, робота лікарів різних спеціальностей (так званий мультидисциплінарний підхід) дозволить надати спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, вчасно направити їх на оперативне лікування в спеціалізовані відділення (судинне, ендокринологічне та хірургічне (гнійне), а саме хворих з групи ризику. Використовувані методи і діагностичний алгоритм дозволить знизити кількість і попередити розвиток ускладнень, що загрожують життю, знизити кількість інвалідизуючих «високих ампутацій» в даній категорії хворих.

Література:

1. Указ Президента України від 21 травня 1999 року № 545/99.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 19.08.2009 № 877 «Про затвердження Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009-2013 роки».
3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 05.03.2009 № 247-р «Деякі питання забезпечення хворих на цукровий діабет».
4. Наказ від 30.12.2008 № 832 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 01.10.2007 р. № 609 «Про удосконалення ендокринологічної допомоги населенню України».
5. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения /В.А. Митиш, И.А. Ерошкин, А.В. Ерошенко и др. //Эндокринная хирургия. – 008. – № 1.
6. Василенко О.Ю., Смирнова Ю.А. Заболеваемость, инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация при сахарном диабете // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – № 3. – С. – 39-43.