

УДК 616.379'008.64'06:617.587'002.4]07

А.Ф. Малышев, Е.В. Селезнева

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, методы диагностики, догоспитальный этап.

Диабетическая гангрена, являющаяся, как правило, следствием несвоевременной диагностики или неадекватного лечения синдрома диабетической стопы, стоит на первом месте среди причин, вызывающих нетравматические ампутации нижних конечностей. По данным литературы, синдром диабетической стопы встречается у 30-80% больных сахарным диабетом [3]. Каждый четвертый больной, страдающий нарушением углеводного обмена, входит в группу риска развития диабетической стопы, а у 6-15% больных язвы стоп возникают на той или иной стадии сахарного диабета [4]. Ампутации нижних конечностей выполняются в 15-40 раз чаще пациентам с нарушением углеводного обмена, чем населению в целом [2]. Согласно статистике, в Российской Федерации ежегодно проводится до 15 тыс. подобных операций [5].

Очень часто микро- и макроангиопатия нижних конечностей при сахарном диабете диагностируется на поздних стадиях заболевания, что влечет за собой увеличение числа запущенных форм диабетической стопы, а также количества ампутаций [1, 6]. Только ранняя диагностика данной патологии, прежде всего на догоспитальном этапе, позволяет предотвратить развитие язвенно-некротических дефектов кожи ног при сахарном диабете, а также улучшить результаты лечения.

Мы провели исследование, целью которого явился анализ причин поздней диагностики синдрома диабетической стопы на догоспитальном этапе. В исследование были включены 255 больных с сахарным диабетом I и II типов (110 мужчин и 145 женщин) с длительностью заболевания от 5 до 25 лет. Средний возраст пациентов – 62,5 года.

Наши наблюдения показали, что на догоспитальном этапе очень часто своевременно не выделялись лица, входящие в группу риска развития диабетической стопы, а значит, не осуществлялось динамическое наблюдение за пациентами с потенциальной опасностью язвообразования и гангрены нижних конечностей. Как правило, до формирования язвенно-некротических дефектов врачи не осматривали ноги больных во время амбулаторного приема, не проводили простые, доступные тесты, позволявшие оценить периферическую чувствительность и выявить патологию сосудов нижних конечностей. Чаще всего стопы осматривались лишь тогда, когда пациент сам сообщал о наличии язвенных

дефектов. С нашей точки зрения, это совершенно недопустимо, так как при наличии диабетической нейропатии пациент, особенно пожилого возраста, одинокий и слабовидящий, не всегда может объективно оценить состояние своих конечностей. Осмотр, как правило, не проводился из-за недостатка времени у врачей на амбулаторном приеме или, что особенно тревожно, из-за их неполной осведомленности в данном вопросе.

Так, из 255 больных, наблюдавшихся нами, у 161 (73,3%) стопы не были осмотрены врачом ни разу, в то время как у 148 (58,0%) имелись изменения: грибковые поражения, трещины, сухость или мацерация кожных покровов, а также вросшие, утолщенные или деформированные ногти. Последние у некоторых больных вызывали травматизацию тканей и, как следствие, образование язвенно-некротических дефектов. Изменения кожи и ногтей в большинстве случаев появлялись через 8-10 лет от начала сахарного диабета. Но до 36% больных не могли указать точно сроки, когда у них появились те или иные изменения. Ампутации пальцев в анамнезе имели 12 человек (4,7%), и несмотря на то что они состояли на диспансерном учете у эндокринолога, им, за редким исключением, до момента образования язвенно-некротических дефектов не назначалось соответствующее обследование и противорецидивное лечение.

В 19% случаев больные не были проинформированы специалистами о возможном образовании язвенно-некротических дефектов на нижних конечностях, не владели элементарными знаниями о правильном уходе за кожей и ногтями стоп, а также правильном подборе обуви. Нередко больные занимались самолечением, не подозревая об опасности, которой они себя подвергают. При анализе амбулаторно-поликлинических карт было установлено, что подавляющему числу больных исследования сенсомоторной чувствительности, а также консультации невролога проводились уже при выраженной неврологической симптоматике, хотя известно, что отсутствие или наличие жалоб у пациента с сахарным диабетом не всегда отражают степень тяжести диабетической нейропатии.

Было изучено состояние периферической иннервации группы больных, вошедших в настоящее исследование. Порог вибрационной чувствительности определяли при помощи градуированного камертона, тактильной – при помощи монофиламента, температурную чувствительность оценивали при помощи термического наконечника (Thip'term), а для определения болевой чувствительности использовали медицинскую иглу. Через 7-8 лет от начала заболевания у 145 пациентов (56,9%) отмечалось достоверное снижение порога вибрационной чувствительности, у 91 (35,7%) регистрировалось снижение или отсутствие тактильной чувствительности, а нарушение болевой и температурной чувствительности было обнаружено у 70 человек (27,5%).

Таким образом, у больных сахарным диабетом при клиническом обследовании частота выявления периферической нейропатии составила около 57% через

7-8 лет от начала заболевания, причем снижение вибрационной чувствительности отмечалось значительно раньше, чем болевой и температурной. Патология периферического кровоснабжения стоп и голеней отмечалась у лиц, страдавших нарушениями углеводного обмена, значительно реже, по нашим наблюдениям, примерно в 9,8% наблюдений. Данные результаты свидетельствуют о преобладающем значении диабетической нейропатии в развитии синдрома диабетической стопы.

Современные методы диагностики, такие как электромиография, доплерография сосудов нижних конечностей, ультразвуковое исследование костной ткани и др. на догоспитальном этапе назначались больным, как правило, на поздних стадиях патологического процесса. Не исключено, что это связано с относительно высокой стоимостью, а также с недооценкой возможностей этих методов на амбулаторном этапе. Нередко ранние доклинические изменения сенсомоторной чувствительности и периферического кровотока выявлялись случайно у пациентов, госпитализированных в краевой эндокринологический центр по поводу сахарного диабета, и не имевших на тот момент ни жалоб, ни явных изменений со стороны стоп.

Электромиография и ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей были проведены нами 65 больным, у которых при клиническом обследовании обнаруживались признаки нарушения сенсомоторной чувствительности и периферического кровоснабжения. У 53 человек (81,5%), то есть у подавляющего числа пациентов, при электромиографии отмечалось значительное снижение скорости проведения возбуждения по нерву. При доплерографии у 11 больных (16,9%) из этой группы выявлено снижение средней скорости кровотока до 0,96 см/с (при норме 1,6 см/с). Данные пациенты регулярно наблюдались у эндокринолога, но на предмет патологии сенсомоторной чувствительности и периферического кровотока обследованы не были.

Вышесказанное убедительно свидетельствует о поздней диагностике синдрома диабетической стопы на догоспитальном этапе, так как, с нашей точки зрения, до сих пор не выработаны единые подходы к диагностике и ведению данной категории больных в амбулаторных условиях, не разработаны стандарты медицинской помощи, которые должны выполняться междисциплинарной командой.

Для предупреждения поражения стоп и ранней диагностики данного осложнения сахарного диабета эндокринологу необходимо ежегодно совместно с неврологом и хирургом осуществлять клиническое обследование пациентов с сахарным диабетом, состоящих на диспансерном учете, с целью выявления входящих в группу риска по синдрому диабетической стопы. Обследованию должны подлежать больные сахарным диабетом I типа с длительностью заболевания свыше 7 лет, а также все лица с диабетом II типа, выявленные при первичном обращении. Опрос, осмотр нижних конеч-

ностей, определение пульсации на артериях стоп и голеней, определение порога вибрационной, тактильной, болевой и температурной чувствительности при помощи соответствующих приборов, клинические и биохимические исследования крови, реовазография, позволяют выявить группу риска по развитию диабетической стопы, а также определить степень риска данного осложнения (низкая, умеренная, высокая и очень высокая), в зависимости от которой необходимо проводить лечение и наблюдение.

Из 255 больных, включенных в исследование, 113 (44,3%) были отнесены к группе риска развития диабетической стопы, причем 47 человек (18,4%) имели низкую, 36 (14,1%) – умеренную, 22 (8,6%) – высокую и 8 (3,1%) – очень высокую степень риска данного осложнения сахарного диабета. Это доказывает, что стратегически важным с точки зрения предотвращения язвенных дефектов стоп и экономически оправданным является скрининг группы риска диабетической стопы на уровне первичного медицинского звена, проведение обучения больных и оказания им мультидисциплинарной помощи. Только ранняя диагностика синдрома диабетической стопы на догоспитальном этапе может способствовать сокращению количества случаев язвенно-некротических поражений нижних конечностей и отодвинет сроки развития этого грозного осложнения сахарного диабета.

Литература

1. Балаболкин М.И. *Диабетология*. – М.: Медицина, 2000.
2. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. *Синдром диабетической стопы: Клиника, диагностика, лечение и профилактика*. – М., 1998.
3. Коков Л.С., Зененов М.А., Удовиченко А.Е., Удовиченко О.В. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2002. – № 8. – С. 25-32.
4. Миронова И.В., Строков А.А., Гурьева И.В. // *Клин. медицина*. – 1998. – № 16. – С. 30-33.
5. Токмакова А.Ю., Галстян Г.Р., Анукферова М.Б. // *Анналы хирургии*. – 2002. – № 5. – С. 55-59.
6. Boulton A.J.M., Gries F.A., Lervell J.A. // *Diabetic Med.* – 1998. – No. 15. – P. 233-246.

Поступила в редакцию 23.01.04.

CAUSES FOR LATE DIAGNOSTICS OF DIABETIC FOOT SYNDROME AT PRE-ADMISSION STAGE

A.F. Malyshov, E.V. Selezneva
Vladivostok State Medical University

Summary – In authors' opinion, detecting and eliminating the risk factors, which make for generating necrotic suppurative feet affections under pancreatic diabetes, are essential components to treat the disease. The screening revealed that 44.3% of patients suffering from pancreatic diabetes were likely to be subjected to occurrence of ulceronecrotic defects of lower extremities. 8.6% of patients had a great likelihood of it, and 3.1% – greatest one. Thereby, the authors have showed and analysed the major causes for later diagnosing the diabetic foot syndrome at pre-admission stage.