ПРОБЛЕМА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Рафиков Ильнур Тальгатович

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Айбулатова Альмира Радиковна

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Хисматуллина Лилия Рифовна

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Гусев Николай Сергеевич

научный руководитель, ассистент кафедры общей хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Введение. Сахарный диабет (СД) является важной проблемой здравоохранения во всем мире. По оценкам Международной Федерации Диабета (International Diabetes Federation, IDF), в 2012 г. во всем мире насчитывалось более 371 млн человек, страдающих от СД, и только половина из них знала о своем диагнозе, а для 4,8 млн человек — это заболевание стало причиной смерти. Так как распространенность СД продолжает расти, ожидается, что к 2030 г. число больных может превысить 550 млн человек. [2]

По данным государственного статистического наблюдения, в Российской Федерации в 2011 г. было зарегистрировано более 3 млн. населения с диагнозом «сахарный диабет», из них у 300 тыс. человек диагноз был поставлен впервые в жизни. Однако ряд клинико-эпидемиологических исследований, проводившихся в России, показал, что реальная распространенность СД может превышать зарегистрированную в 2–3 раза (следует также учитывать, что зарегистрированная заболеваемость определяется обращаемостью, которая, в свою очередь, определяется множеством факторов, включая доступность медицинской помощи. т.е. если даже у больного уже установлен диагноз, но он не обращался в текущем году в лечебное учреждение по этому поводу, он не будет учтен). Представители IDF считают, что в России проживает наибольшее число больных с СД в Европейском регионе – более 12,5 млн человек в возрасте от 20 до 79 лет, 50% этих больных моложе 60 лет, а 4,5 млн человек не подозревают о своем диагнозе. [2]

Материалы и методы. Обзор медицинской литературы.

Существует различные классификации сахарного диабета. Наиболее используемые на сегодняшний день являются классификации ВОЗ 1999 года с дополнениями [1], а также модифицированная классификация сахарного диабета по М. И. Балаболкину [8]

Существуют также общепринятые неофициальные классификации, например, предложенная В. Г. Барановым (1980). В нее включено три типа СД. К первому типу был отнесен идиопатический или спонтанный СД. Ко второму типу – СД, обусловленный распространенной деструкцией островков Лангерганса и β-клеток, вызванной рядом заболеваний. К третьему типу – СД, потенцированный заболеваниями, протекающими с повышением секреции гормонов – антагонистов инсулина [8].

Осложнения, который могут возникнуть при данном заболевании различны. Условно, их можно разделить на острые (коматозные состояния: диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома, молочнокислый ацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние, гипогликемия и гипогликемическая кома) и хронические (поздние) осложнения. К ним можно отнести микроангиопатии (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия); макроангиопатии (поражения сосудов сердца, ИБС, инфаркт ми окарда); поражения периферических сосудов, в том числе и нижних конечностей (хроническое окклюзионное заболевание артерий нижних конечностей, гангрена); поражения сосудов мозга (острое — инсульт и хроническое нарушение мозгового кровообращения) [9]. Также известна диабетическая нейропатия: периферическая (симметричная, ассиметричная); автономная (кардиоваскулярная, гастроинтестициальная, урогенитальная) [10].

Синдром диабетической стопы (СДС) наиболее частое осложение. Оно объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла костно-суставного аппарата стопы, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических поражений и гангрены стопы.

В группу риска развития СДС могут быть включены следующие группы лиц:

- Пациенты с нарушением периферической чувствительности любого генеза (уровень доказанности 2А).

- Лица с окклюзирующими заболеваниями периферических артерий (уровень

доказанности 1В).

- Больные с деформациями стоп любого генеза (уровень доказанности 1А).

- Слепые и слабовидящие (уровень доказанности 2С).

- Одинокие пациенты и лица старческого возраста (уровень доказанности 2С).

- Злоупотребляющие алкоголем (уровень доказанности 2В).

Известна классификация синдрома диабетической стопы, принятой на консенсусе по диабетической стопе DiabeticFootStudyGroup, в 2011 г. Выделяют следующие клинические формы синдрома диабетической стопы:

-Нейропатическая форма СДС

- трофическая язва стопы
- диабетическая остеоартропатия (ДОАП)

- Ишемическая форма СДС

-Нейроишемическая форма СДС [7].

В лечении пациентов с синдромом диабетической стопы должны участвовать квалифицированные эндокринолог, гнойный хирург, сосудистый хирург, ортопед, специально обученный средний медицинский персонал, а комплексное лечение должно включать общие и местные методы.

Если скорость распространения СДС останется прежней, то к 2025 г. экономический ущерб может составить от 213 до 396 млрд долл. в год. 75% прироста заболевания придутся на развивающиеся страны. В России за год затраты на лечение нейроишемической формы СДС составляют 56,2 млн долл., при этом затраты на ампутации достигают 14,4 млн долл. [11]

В 2015 г. число инвалидов вследствие сахарного диабета молодого возраста (до 44 лет) составляло 14,1%, среднего возраста (от 45 до 54 лет у женщин и 45-59 лет у мужчин) – 30,6%, пенсионного возраста (55 лет и старше у женщин и 60 лет и старше у мужчин) – 55,7%. По

тяжести инвалидности в 2015 г. инвалиды 1 группа составляли 7,4%, 2 группы – 30,9%, 3 группы – 61,7%. Таким образом, в структуре первичной инвалидности вследствие сахарного диабета преобладали лица пенсионного возраста и инвалиды 3 группы. [12]

По данным Государственного регистра, частота ампутаций у больных СД в России варьирует от 0,76 до 18,2 случаев на 1000 пациентов. На число больших ампутаций приходится от 48,9 до 60%. [13].

Необходимым условием профилактики рецидивов трофических язв у больных с синдромом диабетической стопы является обеспечение преемственности и мультидисциплинарного подхода в организации длительного наблюдения за данной категорией пациентов.

Профилактическую роль играет индивидуальное обучение пациентов с уже имеющимися раневыми дефектами и/или высоким риском их развития, а также (при необходимости) их родных и близких, правилам ухода за ногами (уровень доказанности 2С).

Для предотвращения рецидивов трофических язв больные группы высокого риска трофических язв стоп должны постоянно (дома и на улице) пользоваться профилактической, а при необходимости – сложной ортопедической обувью (уровень доказанности 2С). Показанием для назначения сложной ортопедической обуви являются хроническая стадия диабетической остеоартропатии, ампутации достаточно большого

объема (переднего отдела стопы, нескольких пальцев). Адекватность изготовленной ортопедической обуви должна регулярно оцениваться лечащим врачом (эндокринологом, хирургом, специалистом кабинета диабетической стопы) и меняться не реже 1 раза в год.

Частоту рецидивов уменьшает и ежедневный осмотр стоп пациентом (или его родственником), соблюдение правил ухода за ногами. Важную роль играют процедуры профессионального подиатрического ухода, которые должны осуществляться специально обученной медицинской сестрой в условиях кабинета диабетической стопы (уровеньдоказанности 2А).[7]

Компенсация СД —является первым условием предотвращения поражения нижних конечностей.

- Выявить риски развития СДС. Риск повышается с возрастом и длительностью болезни. [14]

- Профилактика ксероза и мозолей. Важно правильно увлажнять кожу стопы, это улучшает функцию эпидермального барьера и уменьшает количество трещин. Фактически все кремы, разрешенные к применению у больных СД, содержат мочевину в различной концентрации. Мочевина способствует активному увлажнению сухой кожи. Сухость развивается в результате потери функции потовых желез. Одним из таких средств является препарат Бальзамед [15]
- Разгрузка конечности. Необходимым условием заживления является устранение нагрузки на рану. При этом применяются разгрузочные средства. За рубежом широко применяется несъемная разгрузочная повязка Total Contakt Cast из полимерных фиксирующих материалов, позволяющая ходить. [16]
- физиотерапевтическое воздействие низкочастотным ультразвуком и контрастными температурами [17]
- Использование физиотерапевтических воздействии и дискретного плазмофереза для коррекции нарушений гемолимфоциркуляции при синдроме диабетической [18]

- действие интерференционных токов (способствует улучшению периферического кровообращения) [19]

Выводы

1. Сахарный диабет является распространенной и важной проблемой, как в РФ, так и в других странах мира с тенденцией к росту заболеваемости.
2. Синдром диабетической стопы(СДС) является одним из грозных осложнений, который

приводит пациента к инвалидности, что резко снижает его качество жизни, в связи с ампутации конечности.
3. Несмотря на различные подходы к лечению, а также методов профилактики СДС остается актуальной проблемой с высоким процентом инвалидизации пациентов.
4. Необходимо продолжать работы над профилактикой синдрома диабетической стопы и проводить исследования в этой области.
5. Необходимо применение современных методов лечения и профилактики, включая физиотерапевтические процедуры.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2017.

2. «Клинико-экономическое обоснование стоимости квоты на лечение пациентов с синдромом диабетической стопы» Галстян Г.Р., Сергеева С.В., Игнатьева В.И., Аксентьева М.В., Дедов И.И. - 2013

3. Удовиченко О.В., Берсенева Е.А. //Сахарный диабет. 2014;(3): С.107–112

4. Т.И. Рябова, // Здравоохранение ДальнегоВостока.2008(1) с.47-50

5. И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова//Сахарный диабет.2017;20(1): С.13-41

6. И.И. Дедов, Г. Мельниченко, В.Фадеев, 2013

7. Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов» Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдроме диабетической стопы. Москва 2015

8. «Традиционные и современные классификации сахарного диабета»

Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Курумчина О.Б., Киричкова Г.А. Красноярская государственная медицинская академия им. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

9. С В. Кудрякова, Ю.И. Сунцов,//научная статья журнал Сахарный диабет 2000,№2 С.37-42)

10. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 480 с.: ил.

11. Синдром диабетической стопы: комплексный подход к лечению, Кисляков В.А., Оболенский В.Н., Юсупов И.А. // РМЖ. 2015. № 12. С. 768–770. № 12, 2016 РМЖ 769 ХИРУРГИЯ;

12. Лаврова Д.И., доктор медицинских наук, профессор, Сахарный диабет в России: Заболеваемость, инвалидность, смертность//успехи современной науки 2016, №12, с.160-162

13. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция)//Дедов И.И.//Сахарный диабет.

14. Профилактика и лечение синдрома «Диабетическая стопа» и его осложнений, М.Д.Дибиров, д.м.н., профессор, С.А.Терещенко, МГМСУ им. А.И. Евдокимова,// Медицинский Совет 2012.№8, 110-117).

15. Полунина О.С., Бахмутова Э.Г., Орлова Е.А. Роль современных наружных средств в профилактике и лечении диабетической стопы // РМЖ. 2015. № 19. С. 1184–1186).

16. Синдром диабетической стопы: современные представления о проблеме Т.И. Рябова

17. Роль низкочастотной ультразвуковой терапии в лечении хронических язв нижних конечностей у больных сахарным диабетом 2012 / Ларин А.С., Костюк Т.С., Третяк Е.Э., Черпак Б.Д., Гирявенко Е.Я.

18. Использование физиотерапевтических воздействии и дискретного плазмофереза для коррекции нарушений гемолимфоциркуляции при синдроме диабетической стопы, М.С.Любарский, О.В,Каменская, Д,В,Хабаров,Н,Р,Мустафаев //Бюллетень ВСНЦ со РАМН 2006 №4 С.168-171)

19. Антонюк М.В., Симонова И.Н. Лечение сахарного диабета физическими факторами // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2016; 4(67): 55–65. DOI:10.18411/hmes.d-2016-154).