

М.Д. Тронько, д.м.н., професор, академік НАМН, член-кореспондент НАН України, С.В. Болгарська, ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»;
М.К. Хобзей, директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України, м. Київ

Концепція розвитку служби діабетичної стопи в Україні

Кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) у світі щороку збільшується: за прогнозами експертів, у 2025 р. цей показник становитиме понад 330 млн. В Україні дотепер немає реальних даних щодо поширеності ЦД. Наприклад, за інформацією МОЗ України, цей показник становить 2,2%, однак результати дослідження Діа Скрін 50 свідчать про те, що насправді ця цифра набагато вища – 13,69%.

Ускладнення ЦД, до яких, окрім класичних (мікро- та макроангіопатії, нефро-, ретино- і нейропатії), відносять синдром діабетичної стопи (СДС), призводять до ранньої інвалідності, а нерідко і до смерті хворого, що зумовлює велике соціальне значення цього захворювання.

СДС характеризується як інфекція, виразка та/або деструктивні зміни глибоких тканин, пов'язані з порушенням трофіки та магістрального кровотоку різного ступеня важкості в артеріях нижніх кінцівок. Найбільш серйозними наслідками СДС є ампутації нижніх кінцівок, а також розвиток гнійно-некротичного процесу (сепсису), що може призвести до смерті хворого.

За даними Міжнародної робочої групи з проблем діабетичної стопи, в економічно розвинених країнах світу щороку проводиться 6-8 ампутацій на 1 тис. пацієнтів із ЦД. За різними даними, частота атравматичних ампутацій нижніх кінцівок серед пацієнтів із ЦД в 15-46 разів вища за аналогічний показник у загальній популяції. У розвинених країнах світу із середини минулого сторіччя почав розвиватися новий напрям, присвячений вивченню захворювань стоп, – подіатрія. Підготовку відповідних фахівців (подіатрів) здійснюють на базі медичних університетів і коледжів упродовж 5 років. Подіатри надають медичну допомогу хворим з різними порушеннями з боку нижніх кінцівок, у тому числі СДС.

Позитивним прикладом успішної діяльності в цій галузі є досвід Великої Британії, оскільки частота проведення ампутацій нижніх кінцівок серед пацієнтів із ЦД в країні – одна з найнижчих у світі (7 на 100 тис. населення). Британські економісти визначили, що кожний випадок запобігання ампутації дає можливість заощадити 4 тис. фунтів стерлінгів. Не останню роль у досягненні таких показників відіграє підтримка на державному рівні: на вирішення проблем діабетологічної служби щороку витрачається 10% бюджетних коштів країни; витрати служб соцзабезпечення на одного хворого на ЦД становлять 3610 євро на рік. Проте проблеми подіатричної служби Великої Британії вирішуються не тільки шляхом суттєвої фінансової підтримки: в усіх діабетологічних клініках або регіонарних шпиталях у лікуванні пацієнтів із ЦД застосовується мультидисциплінарний підхід: хворого обстежує команда лікарів, до якої входять діабетолог, подіатр, хірург-ортопед-травматолог, судинний хірург, фахівець із виготовлення ортопедичного взуття та устілок.

Аналіз проспективного спостереження, що проводилося в одному з регіонів Великої Британії, показав, що з 1995 по 2000 р. ризик ампутацій нижніх кінцівок знизився. У 1995 р. частота проведення ампутацій серед пацієнтів із ЦД на 46% перевищувала таку в загальній популяції, а в 2000 р. завдяки створенню розвиненої мережі подіатричних кабінетів і клінік, а також мультидисциплінарному підходу цей показник знизився до 7,7%. Проте це досвід розвинених країн, бюджет яких не можна порівнювати з українським.

На жаль, частота ампутацій в Україні перевищує таку в Росії. Згідно зі звітом академіка І.І. Дедова, представленим в 2009 р., у Росії частота високих ампутацій знизилася на 62% (з 7,4 до 2,8 на 100 тис. населення); відзначається також зменшення загальної кількості ампутацій на 40,3% (з 53,2 до 16,0 на 10 тис. населення). Крім того, бюджетні витрати на службу «Діабетична стопа» в Росії щороку зростають. З 2006 р. у Росії лікування СДС віднесено до високотехнологічної медичної допомоги, безкоштовне

отримання якої громадянами РФ гарантується державою. Для проведення епідеміологічних досліджень, а також надання якісної медичної допомоги в регіонах Росії в рамках Федеральної програми «Цукровий діабет» було створено так звані мобільні кабінети діабетичної стопи, у яких працюють багатопрофільні команди фахівців.

В Україні подіатричної служби де-юре не існує. Незважаючи на те що за останні 15 років мережа кабінетів діабетичної стопи значно розвинулася, де-факто з них працюють лише одиниці. Було розроблено протоколи надання медичної допомоги пацієнтам із ЦД, до яких було включено і СДС. На жаль, не всі хірурги ознайомлені з протоколами, у багатьох кабінетах упродовж власні схеми лікування трофічних уражень, які не завжди є ефективними. Як наслідок, частота високих ампутацій в Україні збільшилася. Крім того, підвищення цього показника можна пояснити низькою причиною:

– відсутністю спеціалізації за напрямом «Подіатрія» у вищих навчальних закладах країни;

– відсутністю співпраці між ендокринологами, хірургами, судинними хірургами, ортопедомі тощо;

– неналежним фінансуванням лікарів, які працюють у кабінетах діабетичної стопи (звичай ендокринолог або хірург кабінету повинен проводити паралельний ендокринологічний або хірургічний прийом пацієнтів, оскільки окремої ставки – лікар кабінету діабетичної стопи – у штатному розкладі медичного заходу немає).

Організація спеціалізованої допомоги хворим на ЦД із СДС

Які фахівці повинні займатися проблемою СДС? Традиційно хворим із виразками нижніх кінцівок надавали допомогу лікарі-хірурги. Утім, чимало проблем, які треба вирішувати у разі СДС, є терапевтичними (довготривале консервативне лікування, нормалізація вуглеводного обміну, контроль за рецидивами виразкових дефектів, лікування неглибоких виразкових уражень тощо); вони значно ускладнюють роботу хірурга, який є активним учасником мультидисциплінарної команди.

Для ефективної роботи кабінету діабетичної стопи необхідно зосередити зусилля лікарів кабінету тільки на профілактиці та лікуванні пацієнтів із СДС (паралельний ендокринологічний або хірургічний прийом хворих не рекомендований). За можливості всі хворі на ЦД повинні пройти обстеження в кабінеті. Профілактичний прийом має на меті визначити групи ризику розвитку СДС (особи з важкою формою діабетичної полінейропатії, хворі з порушенням магістрального кровотоку, деформаціями стопи тощо). Метою наявної в Україні мережі кабінетів «Діагностика діабетичної нейропатії» є виявлення факторів ризику розвитку СДС та своєчасне лікування цих ускладнень. Хоча такі кабінети вже досить активно працюють, є ще чимало проблем, які потребують вирішення:

- недостатня кількість спеціалізованих відділень, куди можна терміново госпіталізувати пацієнта в разі необхідності;
- недоступність судинної хірургічної допомоги;
- відсутність єдиного стандарту лікування СДС у різних відділеннях/кабінетах діабетичної стопи;
- відсутність мультидисциплінарних команд.

Кабінети діабетичної стопи мають стати первинною ланкою спеціалізованої медичної допомоги хворим на ЦД і замінити

формально діючі схеми, за якими пацієнтів із СДС направляють до хірурга поліклініки, де медична допомога не відповідає сучасним вимогам. Таким чином, кабінети діабетичної стопи в діабетологічних центрах, регіональних ендокринологічних відділеннях і поліклініках поступово мають замінити вкрай неефективну систему первинної ланки, яку представлено неспеціалізованими кабінетами хірургів поліклінік.

Важливим питанням є штатний розклад і навантаження фахівців. Розробка та прийняття такого документа затверджується місцевими органами управління охорони здоров'я з участю головних фахівців (ендокринолога, хірурга). Для забезпечення роботи кабінету необхідно виділити ставку лікаря-діабетолога, ставку хірурга (консультанта), ставку медичної сестри та 0,25 ставки санітарки.

Особливу увагу слід звернути на підготовку фахівців, які працюватимуть у кабінетах діабетичної стопи. Лікарі та медсестри кабінетів повинні володіти певними навичками: вміти розшифровувати рентгенограми, виготовляти розвантажувальні пов'язки, оцінювати вібраційну, тактильну, температурну та больову чутливість, проводити доплерометрію тощо. Фахівці кабінетів повинні мати відповідні сертифікати.

Згідно з європейськими стандартами спеціалізована допомога хворим із СДС має включати високотехнологічні методи діагностики, лікування та реабілітації хворих. Друга ланка спеціалізованої допомоги має бути представлена спеціалізованими клініками, у яких є весь обсяг необхідних діагностичних і лікувальних можливостей: дуплексне сканування артерій нижніх кінцівок, черезшкірна оксиметрія, МРТ стоп, рентгенконтрастна ангіографія, інфрачервона термометрія, комп'ютерна педобарографія тощо. На жаль, далеко не всі відділення гнійної та судинної хірургії мають необхідне діагностичне обладнання, що знижує ефективність лікування.

Чи всі хворі з СДС потребують госпіталізації?

Спочатку в Україні кабінети діабетичної стопи було засновано на базі стаціонарів. Хворі знаходилися у відділеннях до загоєння виразки. Згодом було встановлено, що за наявності адекватного кровотоку виразка загоєється в середньому за 8-10 тиж, що перевищує загальноприйняті терміни госпіталізації. Деякі хворі взагалі не потребують госпіталізації (хворі з I ступенем за класифікацією Вагнера). Це вимагає організації амбулаторної допомоги пацієнтам із СДС, яку можна проводити в кабінетах діабетичної стопи при стаціонарах або в поліклініках. В останньому випадку необхідно забезпечити взаємозв'язок між стаціонаром і поліклінікою. Це дозволить швидко госпіталізувати хворого, а потім проводити амбулаторний нагляд.

Показання до госпіталізації:

- неможливість догляду та розвантаження кінцівки в домашніх умовах;
- остеомиєліт;
- важкі форми СДС (нейроішемічні виразки, необхідність судинної реконструкції);
- флегмона, глибокий абсцес, гангрена;
- необхідність проведення пластики значних виразкових уражень.

Перелік обладнання, матеріалів та умов для відкриття кабінету діабетичної стопи

Базові умови
1. Хірургічний кабінет, облицьований кахлем, із столом для перев'язок або кушеткою, частина для ніг якої складається з двох



М.Д. Тронько

частин, що рухаються (подібно до масажного столу). Вітчизняний масажний стіл коштує близько 500 доларів США.

2. Набір хірургічних інструментів (близько 500 доларів США).

3. Стерильні серветки, бікси, засоби для стерилізації, мазі для стоп (кератолітичні, зволожувальні, антисептичні), леза для скальпелів (№ 15 і 20 з розрахунку приблизно 100 на місяць).

Спеціальне обладнання

1. Міні-доплер (російського виробництва – 500 доларів США, Смартдоп (з реєстрацією пульсової хвилі) – 1500 доларів США).

2. Скалер (апарат для обробки гіперкератозів, потовщених нігтів – близько 2000-2500 доларів США).

3. Інструменти для визначення різних видів чутливості – градуйований камертон (50 доларів США) тощо (загалом приблизно 300 доларів).

4. Сучасні перев'язувальні матеріали й антисептики (важливо проінформувати хворого, де можна їх придбати, і проконтролювати ефективність амбулаторного лікування під час відвідування пацієнтом кабінету діабетичної стопи).

5. Глюкометр для визначення вмісту цукру у крові.

6. Інфрачервоний термометр (400 доларів США).

Таким чином, витрати на обладнання кабінету діабетичної стопи становитимуть близько 6-10 тис. доларів США. Для порівняння: середня вартість апарату для ультразвукової діагностики становить 150-200 тис. дол.

Сучасний рівень діагностичних можливостей, чинні стандарти консервативного лікування, ендovasкулярних методів відновлення кровотоку, планової хірургії можуть сприяти зниженню частоти високих ампутацій і поліпшенню якості життя хворих на ЦД. Однак все це може бути реалізовано лише за умов оптимальної організації лікувально-діагностичного процесу, забезпечення ефективних заходів профілактики СДС й інших хронічних ускладнень ЦД у цілому.

Висновки

Для створення в Україні служби діабетичної стопи вважаємо за необхідне:

- розвинути мережу кабінетів діабетичної стопи (діагностики діабетичної нейропатії), які б працювали за єдиними стандартами надання медичної допомоги хворим на ЦД;
- створити мультидисциплінарні команди лікарів у кожному обласному центрі країни;
- проводити навчання лікарів кабінетів діабетичної стопи на базі кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;
- організувати багаторівневу систему медичної допомоги хворим із СДС.

Список літератури знаходиться в редакції.

