

Помощь пациентам с синдромом диабетической стопы в Санкт-Петербурге: проблемы и пути их решения

В.Б. Бреговский

СПб Территориальный диабетологический центр, Санкт-Петербург
(руководитель – к.м.н. И.А. Карпова)

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, организация помощи, регистрация больных, эффективность лечения, критическая ишемия.

Medical care in diabetic foot patients in St. Petersburg

V.B. Bregovski

Key words: diabetic foot syndrome, health care organization, registration of patients, treatment efficiency, critical ischemia.

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из инвалидизирующих осложнений сахарного диабета. В 1989 г. принята Сан-Винсентская декларация, в которой была поставлена задача снижения частоты ампутаций у больных сахарным диабетом (СД) в 2 раза. С начала 90-х гг. в России предпринимались попытки организации специализированных подразделений по лечению СДС – кабинетов «Диабетическая стопа». Начало созданию специализированной службы по лечению СДС в Санкт-Петербурге было положено в 1996 г., когда был открыт кабинет диабетической стопы (КДС) в СПб Территориальном диабетологическом центре. В дальнейшем были созданы аналогичные кабинеты при трех других городских диабетологических центрах, а также в одной из районных поликлиник. Кабинеты работают, как правило, в одну смену и рассчитаны на 2500–2700 посещений в год.

По данным Государственного регистра в 2007 г. в Санкт-Петербурге насчитывалось 104 000 больных СД. Точные сведения о распространенности СДС отсутствуют, однако анализ числа оперативных вмешательств, выполненных в основных городских стационарах, показывает, что частота ампутаций колеблется около 8–9 на 1000 больных СД в год, при этом почти 50% операций выполняется в 2-х стационарах, работающих в режиме скорой помощи. Очевидно, что концентрация такого количества больных с гнойно-некротическими процессами на нижних конечностях сопровождается снижением качества лечения, невозможностью длительного лечения и индивидуального подхода. Если принять распространенность язвенных дефектов стоп за 5%, то можно предполагать наличие более 5000 больных, нуждающихся в специализированной помощи. Число больных с высоким и крайне высоким риском развития язвенного дефекта оценивается в 20 000. Таким образом, очевидно, что имеющихся КДС явно недостаточно, чтобы проводить лечение больных с СДС и высоким риском его развития.

В то же время есть основания полагать, что помощь больным с СДС в поликлиниках явно неадекватна. На это указывает высокая частота госпитализации для оперативного лечения после первого же осмотра в КДС (до 20%), а также позднее направление больного в КДС: средняя длительность существования патологии до обращения в КДС пациента с язвенным дефектом составляет 3–4 мес., с артропатией Шарко – 6 мес, с критической ишемией – 4–6 мес. При этом лишь 5–7% больных направляются на осмотр в КДС хирургами поликлиник. О неэффективности поликлинического лечения больных с СДС свидетельствует и анализ сроков существования поражения до момента экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии. Так, длительность патологии от 1 до 3 мес. отмечается в 47%, 3 – 6 мес. – у 27%, и более 6 мес. – у 20% госпитализированных. Соответственно, тяжесть состояния конечности и больного при госпитализации влечет за собой значительный процент высоких ампутаций (до 45–50%). Большое значение в позднем обращении имеет явный

дефицит обучения больных, низкий уровень общей культуры населения, недостаточный авторитет медицинских работников, а также недостаточная доступность специализированной помощи в амбулаторных условиях.

Анализ патологии у пациентов, направляемых в КДС, показывает, что больные с низким и средним риском составляют до 60–80%. Фактически, КДС занимаются не столько лечением больных с СДС и группы высокого риска, сколько выполнением функции рутинного осмотра стоп, который не проводится эндокринологами поликлиник. Подобное положение приводит к увеличению очереди на запись и появлению проблемы «пустых» мест в записи при формальной невозможности записаться ввиду отсутствия свободных мест.

В последние годы в структуре больных, направленных в КДС, отмечаются значительные изменения. В первую очередь, увеличивается доля больных с послеоперационными дефектами и деформациями: с 16% в 2004 г. до 34% в 2007 г. Прежде всего, это связано с улучшением лечения СДС на хирургическом этапе и внедрением органосберегающего подхода. Кроме того, это косвенно свидетельствует о большем понимании хирургами стационаров значения амбулаторного специализированного этапа в лечении послеоперационных ран. Так как данная тенденция прослеживается во всех КДС города, то это указывает на увеличение числа больных с послеоперационными деформациями в общей популяции больных СД в Санкт-Петербурге. Следовательно, когорта больных с крайне высоким риском с течением времени увеличивается, что повышает роль кабинетов диабетической стопы, подиатрического ухода, доступной, а, главное, качественной ортопедической коррекции.

Во вторую очередь отмечается перераспределение частоты нейропатической и нейроишемической форм СДС в пользу последней. Так, в 2004 г. нейроишемические поражения составили 19%, в 2005 г. – 22%, в 2006 г. – 36%, в 2007 г. – 48%, в 2008 г. – 54%. По-видимому, причина подобных изменений лежит не столько в старении популяции больных СД в Санкт-Петербурге, сколько в том же органосберегающем подходе у больных с умеренной и легкой ишемией, а также появлением в городе возможности эндоваскулярной реваскуляризации. Несомненно, прирост больных с ишемическими поражениями и критической ишемией происходит и по причине улучшения лечения другой патологии, которая еще несколько лет назад приводила к летальному исходу до развития существенных проблем со стопами (например, появление значительного числа больных СД, получающих заместительную почечную терапию). Значительное увеличение доли больных с критической ишемией обуславливает повышение роли доступной и, главное, своевременной сосудистой и эндоваскулярной хирургии в комплексном лечении СДС. Об эффективности проведения эндоваскулярного лечения критической ишемии свидетельствует почти 4-кратное (с 41% до 11%) уменьшение доли высоких ампутаций в

структуре всех ампутаций у больных, наблюдавшихся в КДС СПб Территориального диабетологического центра с 2007 года, когда эти операции стали выполняться в НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе.

Перечисленные изменения в структуре патологии стоп подчеркивают острую необходимость взаимосвязи и преемственности между различными этапами оказания помощи и между различными специалистами. В настоящее время данная проблема в Санкт-Петербурге не решена: в городе отсутствуют стационары, где возможно сочетание оперативного лечения гнойно-некротического процесса с реваскуляризацией. В результате проводится ампутация на уровне бедра или промежутка между этими видами вмешательств настолько велик, что эффект от обоих видов лечения резко снижается. Как указывалось, основной поток больных с гнойно-некротическими проявлениями СДС поступает в отделения гнойной хирургии в режиме скорой помощи. С появлением КДС и накоплением в популяции больных СД пациентов с высоким риском увеличивается необходимость в хирургии, корректирующей деформации стоп, а также хирургических вмешательствах, не требующих экстренной госпитализации: остеотомий, ампутаций в пределах пальцев и стопы у метаболически стабильных пациентов без инфекции, угрожающей конечности и жизни. Таким образом, становится очевидной необходимость организации отдельного потока больных для плановой хирургии, для чего целесообразно создание на базе многопрофильного стационара, имеющего лицензию на гнойную и ортопедическую хирургию, а также на сосудистую и эндоваскулярную реваскуляризацию, специализированного хирургического отделения по лечению СДС.

Обсуждая перспективы улучшения помощи больным с СДС, необходимо учитывать значительное возрастание роли ортопедической коррекции у лиц с высоким и крайне высоким риском его развития. Вне всякого сомнения, существующие федеральные правила оформления заказа на бесплатную ортопедическую обувь для инвалидов в ближайшие годы не будут изменены, поэтому практика обезличенного массового изготовления обуви на фабриках ортообуви будет сохранена. Улучшения возможно в двух направлениях. Прежде всего, необходима альтернатива фабрике ортообуви, которая вполне может быть представлена частными ортопедическими магазинами, продающими готовую ортопедическую обувь (с увеличенной глубиной, широким передним отделом, мягким подноском и т.д.), для которой можно будет изготовить индивидуальную стельку. В связи с возрастанием покупательной способности и постепенными изменениями в менталитете населения этот путь представляется реальным. Второе направление состоит в более активной работе врачей КДС с фабрикой ортообуви. Необходимо наладить тесное сотрудничество с возможностью прямого контакта со специалистами фабрики, с целью прямой передачи информации о больных с крайне высоким риском, заказывающих обувь. Необходимо также выделить на фабрике отдельного специалиста, занимающегося приемом больных с крайне высоким риском. Вне всякого сомнения, врачи КДС должны мотивировать больных на получение некрасивой обуви, имеющей широкий передний отдел. По-видимому, медицинскому сообществу следует быть более настойчивым в объяснениях соответствующим руководящим инстанциям, что обувь для больных с СДС – не социальный продукт, а лечебное средство, значимость которого для профилактики ампутации выше, чем множество лекарственных препаратов.

Немаловажную роль в низкой эффективности лечения больных с СДС играет неразвитая система медицинского страхования и непродуманная тарификация медицинской

Таблица 1

Тарифы на некоторые клиничко-статистические группы в стационарах в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение 10 к Генеральному тарифному соглашению 2008 г.)	
Название процедуры	Тариф, руб.
Вскрытие и дренирование абсцесса/глубокой флегмоны	913
Ампутация, экзартикуляция пальцев	1074
Некрэктомия, секвестрэктомия	1074
Удаление экзостозов	1074
Ортопедические операции на стопе	2046
Симпатэктомия, профундопластика, эндалтерэктомия, пересадка кожи	2119
Ампутация бедра	3247
Ангиопластика	4043
Шунтирование артерий нижних конечностей	6712
Стентирование и транслюминарная баллонная ангиопластика при поражении артериальных и венозных бассейнов	6998

Таблица 2

Примерные затраты обязательного медицинского страхования на лечение одного больного с СДС в Санкт-Петербурге (согласно Генеральному тарифному соглашению, 2008 г.)	
Название процедуры	Стоимость, руб./год
Подиатрический уход за стопой высокого риска	592
Лечение 1 язвы в кабинете «Диабетическая стопа» (13 визитов в год)	1930
Госпитализация 18 койко-дней + ампутация пальцев + анестезиологическое пособие + реанимация	17469 (970 руб./сут.)
Госпитализация 40 койко-дней + ампутация пальцев + некрэктомия + анестезиологическое пособие + реанимация	31578 (790 руб./сут.)

помощи. Так, согласно существующему положению, осмотр врача-подиатра КДС приравниваются к осмотру врача-эндокринолога, что делает невозможным прием больного в один день этими специалистами (два приема врача-эндокринолога в один день в одном учреждении невозможны). Кроме того, в рамках программы ОМС тарифицирован только осмотр врача-подиатра-эндокринолога (148 руб. 51 коп.), при этом процедуры, выполняемые в перевязочной (главная составляющая работы врача КДС) не тарифицированы. Отсутствие тарификации перевязок, некрэктомий, лечения вросших ногтей, удаления гиперкератозов, наложения индивидуальных разгрузочных повязок, диагностических процедур (например, использование мини-доплера) усложняет работу персонала, затрудняет ведение документации и не способствует мотивации врача и медсестры.

Существенные недостатки в тарификации допущены и для стационарного звена (табл. 1). Крайне низкие тарифы неизбежно ведут к невозможности адекватного лечения. Кроме того, несмотря на формальную тарификацию реваскуляризации в рамках ОМС, подобное лечение не оплачивается городскими страховыми компаниями. Юридически корректно реваскуляризация у больных СДС может быть проведена в рамках высокотехнологичных методов лечения, относящихся к эндокринологии («Комплексное лечение, включая пластическую хирургию, ортопедическую коррекцию и многокомпонентную заместительную терапию при синдроме диабетической стопы», приказ Минздравсоцразвития России № 812 от 28.12.2007). В Санкт-Петербурге только одно учреждение имеет теоретическую возможность выполнения данного вида лечения, однако больной должен быть госпитализирован в эндокринное отделение (!), затем ему проводится

оперативное лечение гнойно-некротического процесса в хирургическом отделении, а реваскуляризация – в сосудистом. С учетом того, что объем финансирования составляет около 43 000 руб., распределение этих средств между всеми участниками процесса делает реваскуляризацию абсолютно невыгодной для учреждения.

Тем не менее, даже ориентируясь на действующие расценки в системе ОМС, сравнение стоимости амбулаторного лечения больного с СДС и стационарного лечения в гнойно-хирургическом отделении говорят о безусловной экономической целесообразности перенесения акцента в работе с больными высокого риска и формами СДС, подлежащими амбулаторному лечению, на догоспитальный этап, т.к. соотношение затрат на лечение вовремя выявленного язвенного дефекта и экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии колеблется от 1:9 до 1:16 (табл. 2).

Таким образом, существующие проблемы в организации специализированной помощи больным с СДС в Санкт-Петербурге носят не только сугубо медицинский, но и организационный характер. Соответственно, можно предложить перечень следующих мер, которые создадут условия для постепенного изменения ситуации:

1. Создание сестринских кабинетов «Диабетическая стопа», которые возьмут на себя функции скрининга и подиатрического ухода.

2. Создание дополнительных врачебных кабинетов «Диабетическая стопа».

3. Обеспечение преемственности между сестринскими и врачебными КДС, в частности, путем единой документации и отчетности, совместных семинаров и т.д.

4. Закрепление нормы приема 1-го больного в КДС, не являющемся структурой диагностического центра, равной 30 минутам.

5. Тарификация медицинских услуг, оказываемых в кабинетах «Диабетическая стопа».

6. Выделение самостоятельной категории врачебного приема – врач кабинета «Диабетическая стопа», тарифицируемой так же как и прием врача-эндокринолога

7. Организация взаимодействия между врачами КДС и хирургами поликлиник путем проведения круглых столов по проблеме лечения СДС.

8. Создание на базе одного из городских стационаров специального хирургического отделения «Диабетическая стопа», предназначенного для оказания плановой хирургической помощи больным с СДС.

9. Организация взаимосвязи между основными отделениями гнойной хирургии и кабинетами «Диабетическая стопа» по типу «роддом–детская поликлиника».

10. Налаживание взаимодействия между отделениями гнойной и сосудистой/эндоваскулярной хирургии.

11. Выделение на фабрике ортообуви специалистов, работающих исключительно с больными крайне высокого риска, и установление прямого контакта между кабинетами «Диабетическая стопа» и этими специалистами.

Очевидно, что выполнение перечисленных мер требует существенного финансирования за счет городского бюджета, значительной административной поддержки, и, что не менее важно, колоссальной самоотдачи многих специалистов практического здравоохранения.