

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДАННЫМ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (2013-2016 ГГ.)**

Галстян Г. Р., Викулова О. К., Исаков М. А., Железнякова А. В., Серков А. А., Егорова Д. Н., Артемова Е. В., Шестакова М. В., Дедов И. И.

*ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва*

*ЗАО «Астон Консалтинг», Москва*

**Актуальность:** развитие синдрома диабетической стопы (СДС) представляет непосредственную угрозу ампутаций нижних конечностей у больных с сахарным диабетом (СД) с потерей трудоспособности и снижением качества жизни, в связи с чем изучение эпидемиологических характеристик СДС представляет особую актуальность.

**Цель:** оценить эпидемиологические характеристики развития СДС и ампутаций нижних конечностей у взрослых пациентов СД 1 и 2 типа в динамике за период 2013 – 2016 гг.

**Материалы и методы:** объектом исследования является база данных Федерального регистра СД (ФРСД) – 81-го региона РФ, включенных в систему онлайн-регистра. Оценивались показатели за 2013-2016 годы на 10 000 взрослых больных СД (> 18 лет).

**Результаты:** в 2016 г. частота регистрации СДС (все стадии) в базе ФРСД в среднем по России составила 4,7% при СД 1 типа и 1,9% при СД 2 типа, при этом отмечались выраженные межрегиональные различия в частоте регистрации ДР от 0,15% до 19,9% при СД 1 типа и от 0,07% до 10,3% при СД 2 типа.

Распространённость СДС в РФ в динамике 2013→2016 гг. имеет тенденцию к некоторому снижению: при СД 1 типа 506,3→473,6 /10 тыс. взрослых больных, при СД 2 типа 214,60→194,8/10 тыс. взрослых больных. При этом динамика частоты регистрации новых случаев СДС у взрослых у пациентов с СД 1 типа носит стабильный характер, составляя 20,8→20,4/ на 10 тыс. взрослых больных; у пациентов с СД 2 типа отмечается тенденция к росту: 13,2→14,2/ 10 тыс. взрослых больных.

Средний возраст развития СДС увеличился на 2 года при обоих типах СД: при СД 1 типа с 44,9 до 46,8 лет, при СД2 с 64,4 до 66,2 лет. Средняя длительность СД, при котором развивается СДС, также увеличилась на 3,6 лет при СД 1 типа с 15,4 до 19,0 лет и на 2,7 года при СД 2 типа с 7,4 до 10,1 лет.

В 2015 году ввод данных в регистр по форме СДС приведен в соответствие с современной классификацией осложнения (4 формы СДС: нейропатическая (трофическая язва), нейропатическая (остеоартропатия, стопа Шарко),

ишемическая, нейроишемическая). В 2016г. основной формой СДС является нейропатическая (с трофической язвой) - 41,6% при обоих типах СД, нейропатическая (стопа Шарко) в 17,9% при СД1 и в 7,4% при СД2, нейроишемическая - у 28,3% пациентов с СД1 и у 32,4% у СД2, и ишемическая форма в 12,2% при СД 1 типа и в 18,5% при СД 2 типа.

В динамике отмечается незначительный рост новых случаев ампутаций: при СД1 10,5→12,4/ 10 тыс. взрослых больных, при СД 2 типа 9,6 → 10,9/10 тыс. взрослых больных. При этом также отмечается значительная межрегиональная вариабельность по частоте ампутаций от 2,9 до 0,13% при СД1 (в 4 регионах ампутации не фиксируются), при СД2 от 6,0% до 0,04%. Средняя длительность СД до ампутации увеличилась при СД1 с 18,4 лет до 21,3 лет, при СД 2 типа с 9,1 до 9,9 лет. Средний возраст развития ампутаций стабилен при обоих типах СД: при СД 1 типа - 51,7 лет в 2016г. (51,4 в 2013 г. ), при СД 2 типа - 66,2 лет в 2016г. (65,9 в 2013г. ).

**Выводы:** установлено, что динамика частоты новых случаев СДС у взрослых пациентов с СД в Российской Федерации в 2013-2016 гг. стабильна при СД 1 типа, но имеет тенденцию к повышению при СД 2 типа. Положительным моментом является развитие СДС в более позднем возрасте и при большей длительности СД, что может отражать улучшение качества ведения пациентов эндокринологами и повышение эффективности профилактики поражения нижних конечностей.

Однако вызывают тревогу данные о повышении частоты новых случаев ампутаций при обоих типах СД в среднем по стране. Анализ причин этой тенденции требует дополнительного анализа. Тем не менее, учитывая выраженные межрегиональные различия в частоте регистрации СДС и ампутаций, это может отражать как различия в качестве ведения регистра, так и различия в качестве оказания специализированной помощи в регионах, а именно: ведение пациентов с СДС в условиях общей хирургической практики без участия эндокринологов; отсутствие или нехватку кабинетов и отделений диабетической стопы. Повышение качества заполнения регистра, постоянный мониторинг региональных баз данных позволят повысить качество получаемой информации.

**Ключевые слова:** сахарный диабет (СД); Федеральный регистр сахарного диабета (ФРСД); Синдром диабетической стопы (СДС); ампутации.

**Работа проведена в рамках выполнения Государственного задания Минздрава России.**