

ДИКУССИЯ О КЛАССИФИКАЦИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ¹

*Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, Астрахань,
vakislakov@mail.ru*

Актуальность. В возникновении деструктивных поражений синдрома диабетической стопы (СДС) играют роль ряд таких ведущих факторов риска, как ишемия, нейропатия, инфекция) и комплекс разных причин. В настоящее время возникла необходимость унифицированной классификации, которая позволила бы определить грани консервативной терапии, ортопедической коррекции и необходимости активной сберегающей хирургической тактики. Авторами наиболее часто используется классификация СДС F.W. Wagner (1979), в модификации В.К. Гостищева (1999), М.Д. Дибирова, (2004, 2006). Кроме того, рекомендуют учитывать ряд важных клинических признаков В.М. Бенсман (2010), В.Б. Бреговский с соавт., (2004). W.J. Jeffcoate (1993), O.A. Samson, (2001).

Цель: предложить клиническую классификацию деструктивных поражений синдрома диабетической стопы.

Материал и методы: ретроспективно и проспективно выполнен анализ историй болезней 1200 пациентов с первичными деструктивными поражениями СДС и 300 с рецидивами.

Результаты и обсуждение: Мы с учетом мнений предыдущих авторов, но с нашими дополнениями, предлагаем свой взгляд на эту проблему:

А. Клинические формы СДС после первичного хирургического лечения:

1. Нейропатическая форма: 1.1. без остеоартропатии; 1.2. с остеоартропатией - "сустав Шарко".
2. Нейроишемическая форма: 2.1 с прогрессирующей ишемией; 2.2 с прогрессирующей полинейропатией.

Б. Характеристика по глубине поражения:

¹ V.A.Kislyakov. Discussion about classification of destructive defeats of the syndrome diabetic foots - the position tactics of treatment.

1 степень поражения - участки гиперкератоза; костные деформации, выступающие головки плюсневых костей, другие варианты костных и суставных аномалий;

2 степень поражения - поражение собственно кожи (поверхностная язва с/без признаков инфицирования, панариции: паронихия, кожный, подногтевой);

3 степень поражения - поражение подкожной клетчатки (гнойно-некротическая рана или инфицированная глубокая язва, возможны участки некроза, но без вовлечения в процесс сустава или костной ткани; на дне может быть подкожно-жировая клетчатка, сухожилия, капсула сустава; подкожный панариций, мозольный абсцесс, подкожный абсцесс любой локализации на стопе, целлюлит);

4 степень поражения - поражение поверхностной фасции (гнойная рана с поражением фасции; гнойный тендовагинит, тенобурсит, абсцесс, фасциит, некротический фасциит, эпифасциальная флегмона);

5 степень поражения - поражение мышц и глубоких фасциальных структур (флегмона: субапоневротическая подошвенная (латерального, медиального и срединного пространств) и тыльная; пяточной области, надпяточной области. Некротическая флегмона. Мионекроз. Панфлегмона. Флегмона стопы (культы стопы) с распространением на голень;

6 степень поражения - поражение костей и суставов (диабетическая остеоартропатия – сустав (стопа) Шарко; остеомиелит любых костей стопы (культы стопы); а также осложненные параоссальной флегмоной;

7 степень поражения - гангрена: сухая, влажная; некроз пальца (краевой, акральный), пандактилит, гангрена стопы и голени).

В. По клиническому течению: первичное поражение, рецидив.

Г. Степень ишемии определяем по I. Fontaine и А. В. Покровскому, с учетом ЛПИ и индексов пульсации и резистентности; при возможности с определением транскутанного напряжения кислорода.

Д. Клинические проявления дистальной полинейропатии (ДПН) определяли с использованием рекомендаций Г.Р. Галстяна (2005).

Например, формулируем диагноз: Сахарный диабет 2 тип, тяжелое течение, декомпенсированный. Диабетическая стопа, нейропатическая форма, без остеоартропатии. Первичный рецидив. 5 степень поражения. ДПН N3.

Заключение: предлагаемая нами классификация язвенных и гнойно-некротических поражений еще далеко до совершенства, но мы считаем, что она может быть использована в клинической практике.

Ключевые слова: классификация, деструктивные поражения, синдром диабетической стопы.

Keywords: classification, destructive defeats, diabetic foots.

УДК 612.-014.

Н.Е. Кушкова, И.С. Бяков, А.П. Спицин

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ УПРАВЛЯЕМОГО ДЫХАНИЯ¹

*Кировская государственная медицинская академия Росздрава,
Киров, sap@kirovgma.ru*

Введение. Сердечно-сосудистая и дыхательная системы являются одними из наиболее важных вегетативных систем организма, оценка деятельности которых необходима при проведении функциональных обследований [8]. При этом процессы внешнего дыхания оказывают постоянное воздействие на сердечно-сосудистые функции. Механизм регуляции сердечно-сосудистой системы, опосредуемый влияниями вегетативной нервной системы (ВНС), модулируется множеством различных внешних влияний (дыханием, физической нагрузкой, изменением положения тела, психоэмоциональной сферы и т.д.) [11]. Известно, что дыхание с частотой 5-6 в минуту вызывает наибольшие вариации пульса. Поэтому целью данной работы явилось исследование изменений сердечно-сосудистой системы при управляемом дыхании с учетом типа вегетативной регуляции.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 26 условно здоровых студентов женского пола в возрасте 18-24 года ($22,8 \pm 0,28$). Все испытуемые предварительно были ознакомлены с содержанием исследования, получено информированное согласие на него. У всех испытуемых определяли рост (см) и массу тела (кг). Измеряли артериальное давление и частоту сердечных сокращений электронным портативным тонометром модели 705 IT Omron (Япония) с цифровой регистрацией показателей, согласно рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2001). За 30

¹ N.E.Kushkova, I.S. Byakov, A.P. Spitsin. Changes of indicators of central hemodynamics in conditions of managed respiration taking.