

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 250-40-75. E-mail: rostgmu.ru

Проведён анализ результатов лечения 154 больных с диабетом и гнойно-некротическими изменениями в области нижних конечностей. Лечение у 78 больных контрольной группы состояло из различных по объёму некрэтомий и открытого ведения ран. Оперативными пособиями у 76 больных основной группы были реваскуляризирующие операции, а также вторичные хирургические обработки ран с наложением швов. В контрольной группе удалось сохранить конечности у 45 (57,7%) пациентов, больших ампутаций выполнено 29 (37,17%). В основной группе опорная конечность сохранена у 67 (88,15%) больных, высоких ампутаций – 4 (5,26%).

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, реваскуляризация.

A. M. TRANDOFILOV, I. I. KATELNITSKIY

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

The chair of surgical diseases № 1 «The Rostov state medical university», Russia, 344022, Rostov-on-Don, per. Nakhichevan, 29. Tel. (863) 250-40-75. E-mail: rostgmu.ru

The analysis of results of treatment of 154 patients with diabetes and purulent-necrotic changes in the lower extremities. Treatment in 78 patients of the control group consisted of different in size nekractomia and open jurisdiction of the Russian academy of sciences. Operational benefits in 76 patients of the basic group were revascularization operations, as well as secondary surgical treatment of wounds with imposition of joints. In the control group managed to save limbs 45 (57,7%) of the patients, large amputations performed 29 (37,17%). In the main group supporting the limb is saved – at 67 (88,15%) patients, high amputations – 4 (5,26%).

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, revascularization.

Актуальность темы

В последние годы в связи с углубленным изучением этиологии и патогенеза некротических поражений у больных сахарным диабетом, развитием ангиохирургии, достижениями фармакологии стали шире применяться мероприятия, в том числе оперативные, направленные на сохранение опорной функции конечности. Однако проблему нельзя признать решенной.

Неверно выбранная тактика приводит к образованию длительно незаживающих, обширных ран. Попытка сохранить конечность заставляет хирурга применить весь арсенал имеющихся средств, а при повторном инфицировании и генерализации процесса приводит к высокой ампутации.

Многообразие клинических вариантов, отсутствие единого мнения относительно сроков и объема оперативного вмешательства, оптимальной медикаментозной терапии затрудняют выработку тактики лечения и определяют длительное пребывание данной группы пациентов на больничной койке и неудовлетворительные результаты лечения.

Все это определяет наш интерес к разработке комплексного подхода к лечению данной группы пациентов.

Цель работы – выработка алгоритма лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы, включающего комплексную медикаментозную терапию и этапное хирургическое лечение, направленное на улучшение исходов лечения данной категории больных.

Материалы и методы

Выполнена сравнительная оценка 154 законченных случаев лечения пациентов в возрасте от 32 до 85 лет с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, находившихся на лечении в сосудистом отделении хирургического центра Ростовского государственного медицинского университета за период с 2000 по 2007 год. Из них мужчин – 70 (45,4%), женщин – 84 (54,6%).

Наиболее часто синдром диабетической стопы отмечен в возрастной группе от 51 до 80 лет. Необходимо отметить, что пациенты от 32 до 60 лет (48,1%) – это лица работающего возраста, что в очередной раз определяет значение проблемы данной категории больных. Давность заболевания сахарным диабетом от впервые выявленного до 35 лет и в среднем составила 15 лет. Обращает на себя внимание, что основное количество случаев развития гнойно-некротических осложнений приходится на длительность заболевания диабетом от 10–20 лет.

Проведенная сравнительная оценка времени обращения больных за специализированной помощью показала следующее: 87,7% пациентов имели позднюю обращаемость в стационар. Причиной у 24,7% пациентов являлось отсутствие выраженного болевого синдрома. Страх перед возможной ампутацией конечности явился причиной отказа от обращения к врачу у 47,7% больных. Попытка справиться с гнойным процессом самостоятельно явилась причиной задержки оказания специализированной помощи у 29,6% пациентов.

Все больные были разделены на 2 группы.

В контрольной группе 76 (49,3%) больным лечение проводилось без обследования проходимости артериального русла нижних конечностей, учета и контроля видового состава возбудителя, коррекции иммунного статуса, хирургическое лечение основывалось на некрэктомии с дальнейшим открытым ведением раны. Данный вид оказания помощи все еще проводится во многих городских и районных больницах области, приводя к высоким показателям ампутации.

При обращении 78 (50,7%) пациентов основной группы устанавливали форму диабетической стопы (нейропатическая, ишемическая, смешанная). Объем обследования включал общеклинические методы (ОАК, ОАМ, глюкоза крови, исследование свертывающей системы крови, биохимические показатели). Всем больным выполнялись рентгенограмма стопы в двух проекциях, исследование проходимости артериального русла – доплерография. Периферическая артериография выполнялась всем больным с ишемической и нейроишемическими формами. Обязательным компонентом обследования являлся динамический контроль объема гнойно-некротического очага путем учета выделяемой аэробной и анаэробной микрофлоры. Выполнялись оценка видового состава возбудителя и определение количества микробных тел в 1 грамме тканей гнойно-некротического очага.

Лечение пациентов основной группы выполнялось в три этапа:

1. Предоперационный.
2. Реваскуляризация.
3. Клиническая реабилитация пациентов (пластическая хирургия стопы).

Предоперационный период включал: улучшение регионарного кровообращения, профилактика инфекции, стабилизация углеводного обмена, коррекция иммунологического статуса, местное лечение трофических поражений (раннее широкое дренирование гнойно-некротических поражений).

При поступлении назначали антибиотики широкого спектра действия, дополняя эту терапию при вовлечении костных структур остеотропными препаратами, с последующей ее коррекцией на основании данных бактериологического исследования.

С целью компенсации обнаруженных изменений в иммунном статусе нами в основной группе применялся метод в/в цитокинотерапии, основанный на трехкратном введении стабилизированного ронколейкина в дозировке 500 000 ед. с интервалом в 2 дня.

При наличии влажных некрозов на стопе, а также флегмон предварительно выполнялось широкое дренирование пространств стопы у 42 (73,6%) пациентов. После выполнения сосудистой операции и восстановления кровотока на 7–12-е сутки выполнялось раннее пластическое закрытие раневого дефекта с наложением швов в 41 (72%) случае.

У 16 (28%) больных с сухими некрозами на 5–7-е сутки после восстановления кровотока выполнена некрэктомия. В 14 случаях операцию завершили наложе-

нием швов на края раны с полным закрытием раневого дефекта.

Показания к ампутации у больных сахарным диабетом рассматривались нами только после уточнения объема гнойно-некротического поражения конечности и/или решения вопроса о возможности сосудистой реконструкции (консервативной коррекции ишемии), оценки общего состояния больного.

Результаты и обсуждение

Для объективной оценки эффективности проводимой терапии выполнена сравнительная оценка результатов лечения в двух группах. Сохранить опорную функцию стопы удалось у 66 (84,6%) больных в основной и только у 28 (36,8%) пациентов контрольной группы. Большие ампутации в основной группе произведены 4 (5,1%), в контрольной – 31 (40,7%) пациенту. Также в пользу выбранной нами тактики лечения говорит низкая летальность больных основной группы – 1 пациент, в то время как в контрольной группе умерло 9 больных.

Таким образом, лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями должно проводиться в зависимости от формы диабетической стопы. При ишемической и нейроишемической формах диабетической стопы обязательным компонентом комплексного лечения является попытка реваскуляризации пораженной конечности. Для сохранения опорной функции показано раннее пластическое закрытие дефекта мягких тканей.

Комплексный подход к лечению позволяет значительно снизить количество больших ампутаций у больных с сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахова И. Н. Малые хирургические вмешательства // Хирургия. – 2001. – № 12. – С. 34–37.
2. Гурьева И. В. Синдром диабетической стопы с точки зрения стандартов мультидисциплинарной помощи: Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. Материалы научно-практ. конф. Москва, 23–24 октября 2001.
3. Горюнов С. В., Ромашов Д. В., Бутищев И. А. Гнойная хирургия: Атлас. – М.: «Бином», 2004. – 556 с.
4. Дедов И. И. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика и лечение: Пособие для врачей / И. И. Дедов, М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова и др. – М., 2003. – 170 с.
5. Дедов И. И., Галстян Г. Р., Токмакова А. Ю., Удовиченко О. В. Синдром диабетической стопы: Пособие для врачей. – Москва, 2003. – С. 112.
6. Дедов И. И. Сахарный диабет – проблема XXI // Врач. – 2000. – № 1. – С. 4–5.
7. Земляной А. Б. Синдром диабетической стопы. Клиника, диагностика, лечение. – М., 2003. – С. 26–47.
8. Международное соглашение по диабетической стопе: – М.: изд-во «Берег», 2000. – 96 с.
9. Никитин Г. Д., Карташев И. П., Рак А. В., Аверюшкин А. В. и др. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв. – Санкт-Петербург, 2001. – С. 131–165.
10. Светухин А. М., Земляной А. Б. Комплексное хирургическое лечение гнойно-некротических форм диабетической стопы // Избранный курс лекций по гнойной хирургии. – М., 2007. – С. 153–171.

Поступила 27.02.2013