

В.В. Черненко, О.С. Шайдурова

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В г. БАРНАУЛЕ

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)

ГЦГХ ГБ № 3 (г. Барнаул)

МУЗ городская больница № 5 (г. Барнаул)

В настоящее время синдром диабетической стопы (СДС), рассматривается как наиболее тяжелое осложнение из всех поздних осложнений сахарного диабета. Несмотря на определенные успехи в лечении и профилактике синдрома диабетической стопы, по-прежнему 40 – 60 % всех ампутаций нижних конечностей проводится у больных сахарным диабетом. В 80 % случаев ампутации предшествует язва или локальная гангрена стопы. Более чем у 50 % больных СДС в течение последующих 5 лет возникает необходимость в ампутации и контрлатеральной конечности.

Организация специализированной помощи больным с СДС заключается в следующем. Больные с сформировавшейся язвой стопы, гангреной стопы или гнойно-некротическим поражением по направлению участковых служб госпитализируются в городской центр гнойной хирургии (городская больница № 3). В соответствии с многофакторным патогенезом СДС (нейропатия, ангиопатия, деформация, инфекция) на госпитальном этапе выполняется комплексное лечение. При наличии гнойно-некротических процессов – вскрытие и дренирование гнойников, иссечение некротизированных сухожилий и фасций, широкое раскрытие клетчаточных пространств. Затем активное ведение гнойной раны, завершающееся восстановительной операцией (швы, кожная пластика, или их сочетание).

Однако, учитывая особенности течения раневого процесса у больных сахарным диабетом, практически невозможно воздействовать на метаболизм раны без коррекции имеющейся у 100% больных дистальной полинейропатии, и нарушений региональной гемодинамики и микроциркуляции. Для этого проводится терапия артериальной недостаточности нижних конечностей в зависимости от степени ишемии (плавикс, курантил, трентал, вазопростан), и лечение полинейропатии (тиоктацид, берлитион, электростимуляция поясничных нервных сплетений и мышц голени).

В случае формирования гангрены пальцев или дистальной части стопы выполняются экзартикуляции пальцев с головками плюсневых костей или резекция стопы в различных вариантах и так же основу медикаментозного лечения составляет лечение полинейропатии и ангиопатии нижних конечностей.

Лечение язв заключается в иссечении гиперкератозов, оmozолелых краев раны, перевязки с антисептическими и регенирирующими мазями.

Всем группам больных проводится рациональная антибиотикотерапия в соответствии с результатами микробиологического исследования.

У больных с артериальными окклюзиями осуществляется консультация ангиохирурга и при необходимости выполняются операции прямой или непрямой реваскуляризации нижних конечностей (шунтирование, протезирование, профундопластика, артериализация венозной крови и т.д.).

По данным городского отделения гнойной хирургии, за последние 5 лет удалось сохранить опорную функцию конечностей при нейропатической инфицированной форме СДС у 98,4 % больных, при нейроишемической у 84 % и при ишемической гангренозной форме у 52 %. В подавляющем большинстве случаев, высокие ампутации нижних конечностей были выполнены пациентам ранее уже находившимся на лечении в гнойной хирургии и перенесшим различные оперативные вмешательства на стопе (вскрытие гнойников, удаление пальцев, резекции стопы и т.д.).

Анализируя создавшуюся ситуацию, пришли к выводу, что отсутствует преемственность в оказании специализированной помощи больным с СДС. После выписки из отделения гнойной хирургии или отделения сосудистой хирургии больные с СДС не получали адекватного восстановительного лечения, за исключением назначения сахаропонижающей терапии эндокринологами поликлиник.

Учитывая то обстоятельство, что оказание специализированной помощи является предметом мультидисциплинарным (диабетолог, хирург, ангиохирург, ортопед, подиатр), необходимо создание программы организации службы «Диабетическая стопа» с привлечением указанных специалистов. В г. Барнауле с 2000 г. активно внедряется программа «Диабетическая стопа», завершающим моментом которой было открытие в 2005 г. кабинета «Диабетическая стопа» (поликлиника ГБ № 5), что в итоге позволило наладить преемственность в оказании помощи больным СДС.

Принципы организации службы «Диабетическая стопа» следующие. Профилактика – это непосредственная работа эндокринологов поликлиник города с больными сахарным диабетом по выявлению у них СДС и создания групп риска. После чего больные направляются в кабинет «Диабетическая стопа», где диабетологом в соответствии с формой СДС (нейропатическая, нейроишемическая) создается план диагностических и лечебных мероприятий.

Если есть высокий риск развития СДС или уже имеется какая-либо форма нейропатии (сенсорная, моторная, автономная или их сочетание), то больным назначается лечение дистальной полинейропа-

тии в условиях эндокринологического отделения или дневного стационара, при этом используются препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктацид, берлитион), комплекс витаминов группы В, токоферол, никотиновая кислота, мильгамма, мидокалм, актовегин, электростимуляция поясничных нервных сплетений и мышц голени. При преобладании в клинической картине сосудистых поражений больной осматривается ангиохирургом и решается вопрос о реконструктивной операции. В случаях со сформировавшимися язвами стоп, хирургом отделения гнойной хирургии осуществляется подиатрическая обработка язвы (иссечение гиперкератоза, краев язвы, обработка пораженных ногтей скалером и т.д.) в сочетании с терапией полинейропатии.

У больных с развившейся остеоартропатией (стопа Шарко) особое значение имеет привлечение к лечению врача ортопеда. Нельзя надеяться на благоприятное течение СДС без профессионально спланированной разгрузки пораженной стопы. Консультации врача ортопеда (ортопедо-протезное предприятие) подлежат все больные с СДС перенесшие удаление пальцев, резекцию стопы, имеющие длительно незаживающие язвы и грубые рубцы после вскрытия гнойников. Больным выполняется индивидуальное построение обуви, подбор протезов, ортезов, стелек и супинаторов.

Диабетологом кабинета «Диабетическая стопа» после выполнения всех необходимых диагностических мероприятий и консультаций специалистов формируется план лечебных мероприятий, который в дальнейшем будет осуществлять эндокринолог поликлиники. Таким образом, происходит интеграция специализированной помощи больным СДС на амбулаторном этапе.

Комплекс реабилитационных мероприятий заключается в контроле за развитием полинейропатии и нарушением региональной гемодинамики, создании разгрузки конечности, регулярной (не менее 2-х раз в год) стационарной коррекции дистальной полинейропатии и макро- и микроангиопатии в условиях дневного стационара, отделения гнойной хирургии или эндокринологического отделения.

После завершения организации службы «Диабетическая стопа», за 2005 г. в г. Барнауле высоких ампутаций нижних конечностей у больных с СДС выполнено на 18 % меньше.

Таким образом, характер оказания лечебно-диагностической помощи больным СДС является междисциплинарным. Основой снижения количества высоких ампутаций нижних конечностей у больных СДС является своевременное создание групп риска и координирующая функция кабинета «Диабетическая стопа».

М.В. Четин, Д.Л. Березовский, Д.В. Волков, Г.Г. Ананьева, А.И. Мидленко

НОВЫЕ КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 (г. Ульяновск)
Перинатальный центр (г. Ульяновск)*

За период 2003–2006 гг. с различными укушенными ранами пролечено 43 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет: мальчиков 31 (60 %), девочек 12 (40 %). Раны верхних конечностей составили 34 % (15), нижних конечностей 27 % (12), туловища 16 % (7), волосистой части головы и лица 9 % (4), укусы мошонки и полового члена 2 % (3). Клинически они проявились в 47 % (19) в виде целлюлитов, в 27% (12) гнойных ран с регионарной реакцией лимфатических узлов, в 26% (11) абсцессами с явлениями лимфангоита. Комплексное лечение осложненных укушенных ран осуществлялось согласно приказа № 297 МЗ РФ «О совершенствовании мероприятий по профилактике бешенства» от 07.10.1997 г.

При наличии абсцессов раны вскрывали, дренировали, производили иммобилизацию конечности. Рану вели по общепринятой методике Экстренная профилактика столбняка проводилась согласно приказа МЗ РФ № 174 от 17.09.97 г. С 2001 года в комплексное лечение включены сеансы гипербарической оксигенации (ГБО), субэндолимфатическое введение антибиотиков (СЭВА), а с 2006 г. с целью повышения эффективности лечения ран конечностей, детям с сопутствующей соматической патологией (ОРВИ, аллергический дерматит и др.) – энзимотерапия.

Основными возбудителями были микробные ассоциации, в которых преобладали золотистый или эпидермальный стафилококки и синегнойная палочка, а также аэробы и анаэробы. Длительность сеанса ГБО, проводимого в БЛКС 301 при давлении 1,5–2,0 кг с/см², составляла в среднем 30 минут в изопрессии. Курс терапии 5–7 сеансов. Определяющим для СЭВА было место расположения гнойного очага: у 55% (24) пациентов использовался 1 межпальцевый промежуток на верхней конечности, у 45 % (19) детей – первый межпальцевой промежуток стопы или область бутриности большеберцовой кости. Ранее вводили пенициллин и полусинтетические пенициллины, в последующем применяли антибиотики цефалоспоринового ряда 1 раз в день. Для энзимотерапии использовали вобэнзим 5 суток в