

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Пасхалова Ю.С., Иванов А.В., Митиш В.А., Ерошкин И.А., Соков С.Л.

РУДН; кафедра медицины катастроф, г. Москва

25 военный госпиталь РВСН, г. Москва

Гнойно-некротические поражения тканей стопы при сахарном диабете 3-й, 4-й, 5-й стадий по классификации Wagner являются сложной проблемой современной хирургии в медицинском и социально-экономическом плане. Постоянный рост доли пациентов в структуре осложнений сахарного диабета с высокими ампутациями нижних конечностей диктует необходимость поиска новых подходов к лечению данной патологии и выработки четкой стратегии лечения этой категории больных. За период 2006-2007гг. под нашим наблюдением находилось 83 пациента с синдромом диабетической стопы (57 мужчин, 26 женщин). Возраст больных варьировал от 25 до 75 лет. На долю нейропатической формы приходилось 50 пациентов (60,2%), 33 (39,8%) пациента были со смешанной формой СДС. 3-я стадия поражения стопы отмечалась у 24 (28,9%) пациентов, 4-я – у 43 (51,8%), 5-я – у 16 (19,2%). Пациенты с сахарным диабетом 1 типа составили 29 (34,9%) человек. Среди сопутствующих осложнений у 40 пациентов отмечалось наличие диабетической ретинопатии, у 25 – диабетической нефропатии. В возрастной группе 50-75 отмечалось наличие сопутствующих ИБС, артериальной гипертензии, остаточных явлений ОНМК, язвенной болезни желудка. Обследование больных включало общеклинические, биохимические, бактериологические, морфологические, инструментальные методы диагностики (транскутанная оксиметрия, дуплексное ангиосканирование, ангиография, рентгенография, компьютерная томография). Лечение больных строилось на принципах многокомпонентного активного хирургического лечения, которое состояло из общих и хирургических принципов. Общие принципы включали компенсацию углеводного обмена, местное лечение ран (растворами антисептиков, йодофоров, современных перевязочных материалов), системную антибиотикотерапию с учетом антибиотикограммы, разгрузку стопы (Total Contact Cast), купирование болевого синдрома, иммунокоррекцию, коррекцию нарушений гемокоагуляции, дезинтоксикацию и коррекцию сопутствующей патологии, физических методы воздействия на рану. Хирургические принципы состояли из этапных хирургических обработок гнойно-некротического очага, ранних реконструктивных и пластических операций на стопе, при смешанной форме синдрома диабетической стопы – различных сосудистых вмешательств.

Выполняя все перечисленные выше принципы в индивидуальной последовательности, зависящей от формы, объема поражения тканей и локализации дефектов мы получили хорошие и удовлетворительные результаты в 79,6% случаев. У 14 пациентов (16,8%) вынуждены были выполнить ампутацию нижней конечности на уровне верхней 1/3 голени, у 3 пациентов (3,6%) – на уровне средней 1/3 бедра.

Выводы:

1. Многокомпонентная хирургическая тактика, в том числе применение новейших медицинских технологий диагностики и лечения, позволяет увеличить частоту выполнения органосохраняющих операций на стопе при всех формах синдрома диабетической стопы до 79,6%.
2. Реконструктивные сосудистые операции, эндоваскулярные вмешательства или консервативная «реваскуляризация» препаратами ПГЕ1 позволяют существенно улучшить прогноз сохранения стопы при смешанной форме синдрома диабетической стопы до 75,3%.