

ролитных нарушений, 18 больных были оперированы в МОНИКИ. Сроки предоперационной подготовки были разными.

Хирургическое вмешательство не проводилось больному с разрывом шейного отдела пищевода, так как на фоне консервативной терапии и голодания имеющийся дефект закрылся, один больной оперирован адекватно по месту жительства (ЦРБ г. Раменское). Одному больному с разрывом нижней трети пищевода операция не выполнялась из-за крайней тяжести состояния: он поступил с дренированной плевральной полостью, гастростомой в крайне тяжелом состоянии, нестабильной гемодинамикой, которую не удалось стабилизировать для проведения необходимого вмешательства.

Больным были выполнены следующие хирургические пособия:

- торакотомия, ушивание разрыва пищевода с укреплением линии швов лоскутом диафрагмы, плевризацией, дренирование средостения и плевральной полости (2 больных);
- торакотомия, дренирование средостения и плевральной полости (7);
- лапаротомия, ушивание дефекта, дренирование брюшной полости; видеоторакоскопическое дренирование средостения и плевральной полости (2);
- декорткация легкого с удалением мешка эмпиемы, резекция нижнегрудного отдела пищевода и кардиального отдела желудка с одномоментным формированием пищеводно-желудочного анастомоза в левой плевральной полости (5);
- гастростомия и трансторакальное дренирование плевральной полости (1).
- декорткация легкого с удалением мешка эмпиемы, дренирование плевральной полости (1).

Умерли 10 больных, общая летальность составила 47,6%. Несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза после резекции пищевода с одномоментной пластикой желудком не было, трое из этих больных оперированы на фоне острого гнойного процесса в средостении и плевральной полости. Причиной смерти больных явились полиорганная недостаточность, связанная с тяжелой интоксикацией, профузное кровотечение: у двух больных – из грудной аорты при развитии острой пенетрирующей язвы пищевода выше разрыва, у одного – из имевшейся язвы желудка, у одного – из неустановленного источника.

У 4 больных при консервативном лечении и адекватном дренировании средостения и плевральной полости разрыв закрылся самостоятельно, без рубцевания пищевода в отдаленные сроки.

Таким образом, следует отметить, что результаты лечения СРП напрямую зависят от сроков установления диагноза.

ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.Т. Кривихин, В.В. Павленко, Д.В. Кривихин, О.С. Амбросимова

Видновская районная больница

Актуальность проблемы лечения сахарного диабета (СД), ее социальная значимость определяются распространенностью заболевания, трудностями лечения и предупреждения осложнений. В общей структуре хирургических заболеваний хирургическая инфекция наблюдается у 35-45% больных и протекает в виде ос-

рых и хронических болезней или нагноения посттравматических и послеоперационных ран. В РФ ежегодно проводится более 12 тыс. высоких ампутаций нижних конечностей у больных с СД. Необходима современная медицинская помощь при сахарном диабете, а также тщательный контроль артериальной гипертензии и дислипидемии, устранение которых является первостепенной задачей, если мы стремимся увеличить продолжительность жизни больных диабетом, свободной от микро- и макрососудистых осложнений. Интенсивное лечение сахарного диабета II типа позволяет снизить или предотвратить развитие поздних диабетических сосудистых осложнений.

Синдром диабетической стопы является следствием основных осложнений диабета — полинейропатии и ангиопатии (и вызываемой ею ишемии), причем полинейропатия как причина СДС всегда имеет место. Отсюда две формы СДС: нейропатическая и более редкая — нейроишемическая. Сахарный диабет и его осложнение СДС приобрели социальную значимость ввиду их большой распространенности. Гнойно-некротические процессы на стопе являются причиной того, что ампутации нижних конечностей у больных сахарным диабетом производятся в 17-45 раз чаще, чем у лиц без диабета. Учитывая, что частота поражения периферических артерий у больных сахарным диабетом встречается лишь в 4 раза чаще, можно заключить, что ведущее значение в развитии гнойно-некротических форм СДС имеет полинейропатия.

В муниципальном медицинском учреждении «Видновская районная больница», являющейся базой кафедры хирургии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, имеются с 2000 года койки областного клинического уровня оказания медицинской помощи по лечению гнойно-некротических процессов у больных сахарным диабетом с СДС. Для улучшения результатов лечения этой категории больных нами разработаны патогенетические подходы к лечению гнойно-некротических процессов у больных с СДС.

В последнее время медицинские учреждения, находящиеся в федеральной и муниципальной собственности, работают в новых условиях, где одной из важных характеристик работы, наряду с чисто медицинскими показателями, являются и приобретают все большее значение — экономические. Новые условия работы требуют пересмотра многих устоявшихся концепций, выработки и совершенствования новых подходов к организации лечебного процесса в отделении, что подразумевает внедрение новых стратегических решений и временных параметров лечения, направленных на сокращение пребывания пациента в отделении, повышение оборота койки, снижение материальных затрат (расходуемые лекарства, перевязочный материал, работа персонала) на одного больного при сохранении высокой эффективности лечения.

В работе хирургических отделений ВРБ наиболее показательна новая концепция лечения больных с осложнениями течения сахарного диабета, подлежащими хирургическому лечению. Лечение больных данного профиля осуществляется на базе 1 хирургического отделения. Целью выработки новой концепции лечения было улучшение результатов лечения подобных больных. Хирургическое лечение больных с осложненным течением сахарного диабета всегда являлось высокозатратным процессом. Высокая экономическая нагрузка на лечебное учреждение складывается из постоянного увеличения числа подобных больных, высокой частоты хирургических осложнений сахарного диабета, высокого количества операций, задействование большого числа специалистов разного профиля (эндокри-

нолога, терапевта, окулиста, анестезиолога и др.) для лечения одного больного, высокие материальные затраты, которые обуславливаются высокой стоимостью лекарств, что не компенсируется бюджетными отчислениями. Расходуется значительное количество перевязочного материала, антисептических и антибактериальных препаратов местного действия. Необходимо постоянное длительное наблюдение за больным в амбулаторном послеоперационном периоде. Принятая концепция сформировалась и продолжает совершенствоваться в процессе лечения большого числа больных с хирургическими осложнениями сахарного диабета и потребовала практически полного пересмотра устоявшихся, но устаревших взглядов на проблему тактики лечения подобных больных. Подчеркнем, что концепция базируется на использовании новых данных научных исследований, касающихся особенностей течения патологического процесса в нижних конечностях, особенно дистальных их отделах, что позволило практически полностью отказаться от применения высоких ампутаций нижних конечностей при гнойном процессе дистальных отделов стопы. Это значительно снизило койко-день, летальность в отделении, увеличило оборот койки.

Результаты лечения больных с СДС

Годы	Показатели			
	Число больных	Койко-день	Количество ампутаций	Летальность
2002	161	31	5 (3,2%)	5,7 / 3,7
2003	210	24	7 (3,9%)	11,7 / 5,7
2004	224	22	5 (2,5%)	3,1 / 2,7
2005	241	19	1 (0,5%)	5,3 / 3,3

В основе концепции лежит последовательность технологических решений, выполняемых в определенные сроки. Поступающим в отделение больным выполняется ранняя (как правило, на следующий день, что обусловлено проведением комплекса клинических, рентгенологических, лабораторных исследований) операция.

Выработанный нами алгоритм подразумевает следующую последовательность действий:

1. Оценку основных метаболических показателей и компенсацию диабета, что в большинстве случаев требует перевода на интенсифицированную инсулинотерапию, как минимум, до излечения гнойного процесса.

2. Определение выраженности полинейропатии (с определением состояния всех видов чувствительности) и ангиопатии (ишемии) с использованием УЗДГ и лазерной доплеровской флоуметрии.

3. Оценку общей реакции на гнойно-некротический процесс с приданием большого значения факту повышения температуры тела как свидетельству наличия гнойного недренированного очага.

4. Характеристику степени гнойно-некротического процесса (по Вагнеру) и раннюю агрессивную тактику, включающую вскрытие и дренирование гнойных очагов, повторные некрэктомии, обработку ран CO₂-лазером, ампутацию в случаях нарастания некротического процесса и угрозы сепсиса, закрытие дефектов кожными лоскутами. Хирургическая обработка гнойно-некротических очагов

способствует более быстрому устранению декомпенсации диабета. Выписка допускается только при стойком купировании процесса.

5. Длительную антибактериальную терапию, вначале эмпирическую, с учетом поливалентности инфекции (обычно аэробно-анаэробные ассоциации) с последующей коррекцией на основании данных микробиологического исследования кусочков тканей, взятых из раны. Нами обычно применяется комбинация цефалоспоринов или фторхинолонов с клиндамицином (линкомицином), нередко добавлялся метронидазол; реже используются карбопенемы, в случае выявления метициллинрезистентного стафилококка – ванкомицин или рифампицин. Местно – антисептики (диоксидин, диоксиколь и др.), а при чистых грануляциях – защитные увлажняющие повязки без антисептиков. Обязательно проведение физиолечения.

6. Применение низкомолекулярных гепаринов (клексан и аспирин при нейроишемической форме – обязательно), что, в частности, препятствует развитию септического артериита на стопе и тромбообразованию, а также тромбоэмболическим осложнениям. Необходимо использование венотоников (в частности, детралекса) с целью улучшения венозного оттока и, что очень важно, – лимфатического дренажа и уменьшения отека тканей.

7. Попытку уменьшения явлений полинейропатии с включением препаратов альфа-липоевой кислоты (берлитион и др.) и больших доз витаминов В₁, В₂, В₁₂ (в частности, в виде препарата «мильгамма»).

При выборе операции предпочтение отдается малотравматичным операциям, позволяющим максимально сохранить опорную функцию нижних конечностей. Это позволяет, с одной стороны, значительно снизить время операции, уменьшить нагрузку на операционную и персонал, расход перевязочного материала, сократить нагрузку на анестезиологические бригады и уменьшить их затраты. В послеоперационном периоде больным проводят ежедневные перевязки с использованием современных раневых покрытий, как правило, сетчатых с антисептической пропиткой, улучшающих отток раневого содержимого.

С первого дня послеоперационного периода к лечению подключаются физиотерапевты. Параллельно больному проводится курс антибиотикотерапии, коррекция нарушений углеводного обмена, специфическое лечение, направленное на борьбу с диабетической ангио- и нейропатиями. На 5-е сутки больной осматривается совместно с заведующим отделением для принятия решения о возможности выполнения 2 этапа лечения – закрытия раневого дефекта. Если общее состояние больного и течение местного процесса позволяют, то такая операция выполняется на следующий день. При выявлении факторов, пролонгирующих лечебный процесс, больной выписывается с четкими рекомендациями на амбулаторное долечивание с указанием даты консультации специалиста, для решения вопроса о выполнении 2-го этапа. Если при повторном осмотре выявляется готовность раны к закрытию, больной госпитализируется в плановом порядке для оперативного лечения. После окончательной выписки из стационара больной 2 раза в год поступает для проведения курса консервативной терапии.

О характере и объеме нашей работы в рамках указанного алгоритма дают представление данные за 2005 г. В течение года стационарное лечение проведено 241 пациенту с гнойно-некротическими формами СДС. Больные поступали с повышенной температурой тела и декомпенсацией диабета. У больных со 2-й степенью поражения диабет тоже был декомпенсирован. 42% получали сахаросни-

жающие таблетки, остальные — инсулины, причем на инсулинотерапию многие были переведены в связи с процессом на стопе. Средний возраст больных составил $65,4 \pm 1,5$ года, 60% — женщины. У большинства (119) был 2 тип диабета и, тем не менее, преобладала (75% больных) нейропатическая форма СДС, у остальных была нейроишемическая форма с появлением акронекрозов.

У 92 больных выполнены оперативные вмешательства, причем в экстренном порядке произведено 22 вскрытия флегмон, а в срочном — 25 некрэктомий, 4 вскрытия восходящего фасциита и одна артротомия по поводу гнойного артрита голеностопного сустава. Произведено 26 ампутаций и 2 экзартикуляции пальцев стопы, 25 трансметатарзальных резекций стопы и 2 ампутации на уровне верхней и средней трети бедра. В 40 случаях проводилась CO_2 -лазерная обработка раны.

Среди больных, подвергнутых оперативному лечению, было 4 летальных исхода, причиной которых в 3 случаях был сепсис и в двух — хроническая почечная недостаточность. Среди умерших были двое больных, подвергнутых ампутации бедра по поводу некупируемой восходящей гнойной инфекции и сепсиса.

Результатом изменения организации лечебного процесса для больных, страдающих сахарным диабетом и имеющим хирургические осложнения, стало:

1. Формирование новой тактики стационарного лечения с последующим амбулаторным наблюдением за больными.

2. Снижение экономических затрат, связанных с лечением одного больного, что складывается из снижения койко-дня, уменьшения затрат расходных материалов и лекарственных препаратов, снижения нагрузки на персонал (операционные, анестезиологические бригады, перевязочные сестры, специалисты смежных специальностей).

3. Сокращение числа калечащих операций (высоких ампутаций).

4. Внедрение в рутинную практику новых медицинских технологий и наработок на основе новых научных открытий.

Наши (относительно благополучные) результаты могли бы оказаться лучше, если бы больные поступали не в столь запущенном состоянии из-за некачественной помощи на предыдущих этапах, что диктует необходимость более настойчивого обучения врачей с внедрением единого протокола ведения таких больных на всех уровнях медицинской помощи. Немаловажное значение имеет адекватное финансирование центров, подобных нашему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенсман В.М., Триандафилов К.Г. // Материалы VI Всерос. конф. «Раны и раневая инфекция». Новые технологии в диагностике и лечении хирургической инфекции на основе доказательной медицины. — М., 2003. — С.160-168.
2. Григорьева Ю.Ф., Крендаль А.Ю. // Материалы XII Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии «Современные аспекты хирургической эндокринологии». — Ярославль, 2004. — С.87-89.
3. Литвак Г.Ю. // Материалы XII Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии «Современные аспекты хирургической эндокринологии». Ярославль, 2004. — С.163-165.
4. 50 лекций по хирургии. Под ред. Савельева В.С. Часть IV. Хирургическая инфекция и гнойно-септическая хирургия. — М., 2003. — 408 с.
5. Adler A.L. et al. // Brit. Med. J. — 2000. — V.321. — P.412-419.
6. Galde P. et. al. // N. Engl. J. Med. — 2002. — V.348. — P.389-393.
7. Uusitupa M. // Diabet Care. — 2002. — V.25 — P.1650-1651.