

- рургии к 100-летию со дня рождения проф. В.С. Маята. – М., 2003. – С. 31-40.
5. Грицюк А.А., Титаров Д.Л., Ефименко Н.А., Рыбаков С.М. // Анн. пласт., реконструкт. эстетич. хир. – 2001. – № 3. – С. 50-59.
 6. Логинов Л.П. // Рус. мед. журн. – 2001. – № 20. – С. 860-862.
 7. Королева А.М., Головнев А.В., Казарезов М.В., Головнев В.А. // Морфология и хирургия / Сб. статей. – Новосибирск, 1999. – С. 75-76.
 8. Осинцев Е.Ю. // Раневой процесс в хирургии и военно-полевой хирургии. – 1996. – С. 170-171.
 9. Bartlett J.G. Pocket Book of Infectious Disease Therapy. 11th ed. Baltimore. – 2000. – 202 p.
 10. Schmitt W., Kiene S. Chirurgie der Infektionen. 5. Aufl. Leipzig. – 1999. – 198 s.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Г.Ю. Литвак, О.П. Богатырев

Подольская городская больница № 2

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Наиболее универсальное определение сахарного диабета дано в материалах ВОЗ (1999): это «группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов».

Синдром диабетической стопы (СДС) – патологическое состояние стопы при сахарном диабете, характеризующееся поражением мягких тканей, костей суставов и проявляющееся трофическими язвами стоп, кожно-суставными изменениями, гнойно-некротическими процессами. Одним из наиболее распространенных и тяжелых осложнений сахарного диабета являются гнойно-некротические поражения нижних конечностей. СДС формируется у 80% больных диабетом в течение 15-20 лет после манифестации. В патогенезе этого комплекса ведущую роль играют развивающиеся при сахарном диабете нейро-, ангио- и остеоартропатия. Гнойно-некротические осложнения возникают приблизительно у половины больных с СДС. Больные сахарным диабетом составляют 50-70% лиц, которым выполняются ампутации конечностей. Статистический анализ группы ВОЗ (1999) показал, что в 85% наблюдений ампутациям предшествует язва стоп, причем в 50-70% причиной этих операций является гангрена, а в 20-50% – инфекция. Диабетическая стопа требует длительного времени пребывания в стационаре и больших расходов на лечение. Послеоперационная летальность после ампутации у больных сахарным диабетом велика: в ближайшие недели умирают 22% оперированных, которым выполнены высокие ампутации, в течение первых трех лет – до 50%.

С учетом медицинской и социальной значимости улучшения результатов лечения СДС, в 1999 г. на Международном конгрессе в Голландии был принят Консенсус – соглашение по диабетической стопе для стран и правительств мира, определена необходимость дальнейшей разработки методов его лечения и снижения частоты ампутаций на 50%.

Учитывая прогрессивный рост заболеваемости сахарным диабетом и увеличение числа больных СДС, врачи хирургического и эндокринологических отделений Подольской городской больницы № 2 поставили цель – разработать лечебно-профилактическую программу для условий городских больниц общего профиля, направленную на улучшение результатов лечения больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при СДС.

Проанализировано 1152 наблюдения больных с СДС, получивших лечение в

хирургическом отделении Подольской городской больницы №2 в 1984-2004 гг. По полу распределение больных было практически равнозначным, по возрасту – от 20 до 86 лет, но в подавляющем большинстве наблюдений (90,9% больных) – старше 50 лет. Это обусловлено особенностями развития СДС, для формирования которого, как правило, требуется длительный период существования сахарного диабета.

У 922 больных сахарным диабетом (80%) наличие гнойно-некротического процесса вызывало феномен «взаимного отягощения» с усугублением тяжести течения диабета и развитием декомпенсации. У многих больных, поступивших в отделение по поводу СДС, наблюдались тяжелые сердечно-сосудистые и неврологические расстройства, нарушения функции печени и почек, обусловленные сахарным диабетом.

Для постановки диагноза и определения формы СДС проводился ряд исследований: общий анализ крови и мочи, определение уровня гликемии и глюкозурии, биохимическое исследование крови, ЭКГ, УЗИ, реовазография, рентгенография конечностей и другие, бактериологические исследования ран, исследование поверхностных биоптатов ран.

Лечение больных с осложненными формами СДС состояло из консервативного и хирургического. Консервативное лечение проводилось как в качестве предоперационной подготовки, так и в виде лечения в послеоперационном периоде. Применялось инсулинотерапия с использованием инсулинов короткого действия дробным введением, антибиотикотерапия – одно из главных и обязательных компонентов консервативной терапии, которая назначалась с учетом данных антибиотикограммы. В комплекс консервативной терапии при ишемической форме СДС входила коррекция нарушений кровообращения. В качестве антикоагулянтов применяли судодоксид (Весел Дуэ Ф), в качестве ангиопротектора – вазопростан.

Немаловажное значение имеют не только направленность консервативной терапии, но и пути введения лекарственных препаратов. По данным многих авторов и по нашим наблюдениям, внутриартериальное введение является одним из лучших методов. Достоинствами этого метода является создание высокой концентрации препарата в зоне поражения, первоочередное воздействие на патологический процесс именно пораженной конечности, невозможность избыточного поступления препарата в общий кровоток.

Местное медикаментозное воздействие – один из важнейших компонентов комплексного лечения больных с осложненными формами СДС. Оно дополняет хирургическое лечение, проводится с учетом фазы раневого процесса. Обязательным компонентом лечения служит разгрузка пораженной конечности.

Мы придерживаемся тактики первично-радикальных операций. Во время проведения операции подошвенный лоскут мы пытаемся сохранить полнослойным с целью наложения первичного шва без натяжения. При сомнительном состоянии тканей мы заканчиваем операцию иссечением измененных элементов путем дополнительного разреза по подошвенной поверхности, и рану оставляем открытой. Все операции мы стараемся выполнить с сохранением опорной способности конечности.

Наличие сахарного диабета и гнойно-некротических поражений нижних конечностей значительно повышает операционно-анестезиологический риск. Мы придерживаемся мнения, что наиболее адекватный метод обезболивания при выполнении оперативных вмешательств у больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС является один из видов спинальной анестезии.

Наибольшую опасность возникновения и развития флегмон стопы у больных сахарным диабетом представляет наличие анаэробной неклостридиальной флоры в очаге поражения, которая наблюдается у 75-96% больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС. При клинической картине анаэробной неклостридиальной

инфекции следует выполнять широкие разрезы кожи с рассечением глубжележащих тканей, проводить тщательную ревизию и радикальное иссечение всех пораженных элементов тканей, в том числе сухожилий, так как они являются основным путем распространения инфекции. Недопустимо закрытие операционной раны. Отсутствие болевого синдрома и видимых изменений кожи не говорит о благополучии в ране, поэтому ежедневные перевязки обязательны.

Важнейшей составляющей оперативного лечения является закрытие раневого дефекта мягких тканей. Целесообразность как можно более раннего закрытия раневого дефекта обусловлено необходимостью уменьшения психической травмы, снижения степени инвалидизации, сокращения возможности вторичного инфицирования. Мы применяем закрытие раны местными тканями и аутодермальными лоскутами. Операции закрытия раны мы выполняем под прикрытием интраоперационного внутрисосудистого введения антибиотиков.

При тенденции к прогрессированию гнойно-некротического процесса на голень, вовлечении в процесс костей стопы и голени, отсутствии положительного эффекта от комплексной консервативной и хирургической терапии, угрозе развития сепсиса, необходимо принимать решение об ампутации нижней конечности. Предпочтение следует отдавать ампутации на уровне голени.

Основной задачей лечения ишемической формы СДС является создание конечности. В связи с тем, что у больных очень часто бывает поражение дистального артериального русла, прямые реваскуляризирующие операции неэффективны. Учитывая, что большие операции для больных сахарным диабетом зачастую непреносимы, мы часто прибегаем к непрямой реваскуляризирующим операциям: катетеризации артерий, поясничной симпатэктомии, остеоперфорации.

Большинство больных диабетом опасаются развития на стопах изъязвлений, которые могут быть инфицированы и привести к ампутации. В то же время профилактика этих осложнений очень эффективна и несложна: достаточно обучить больного, чтобы он выполнял нескольких простых рекомендаций. Если язва развилась, большинство из них можно вылечить консервативно, если начать лечение быстро и проводить его активно.

Предотвращение ранних и поздних осложнений СДС является наиболее актуальной задачей. Лучший и самый рентабельный способ – профилактика. В нашей больнице с 2000 г. существует кабинет «Диабетическая стопа», где ставятся задачи по выявлению групп риска, четкому определению клинических групп, своевременному направлению в стационар для консервативного и оперативного лечения. Эти задачи может решить только группа специалистов-единомышленников (мультидисциплинарный подход). В состав бригады входят: хирург, эндокринолог, невролог, врач УЗ-диагностики, врач кабинета функциональной диагностики, врач-рентгенолог и медицинская сестра. «Главными специалистами» бригады являются хирург, перевязочная медицинская сестра, эндокринолог.

На учете в кабинете находятся 753 человека, в основном старше 50 лет, с длительностью заболевания более 5 лет. Преобладают жители города, более половины – больные с нейропатической формой сахарного диабета. Принцип работы – диспансерное наблюдение с целью улучшения качества жизни. Это новый эффективный критерий оценки эффективности лечения. Качество жизни – это интегральное значение физического, психологического, эмоционального и социального состояния пациента. По характеру качества жизни осуществляется подбор и коррекция различных видов лечения, реабилитации и оценка результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипович Е.А., Молчанов В.Ф., Кадышев И.Г., Брусницына М.А. // Вестн. хир. – 1998. – № 1.

– С. 76-77.

2. Антонюк С.М., Свиридов Н.В., Головня П.Ф. и др. // Клин. хир. – 2002. – № 11-12. – С. 91-93.
3. Дибиров М. Диабетическая стопа. – М., 2004.
4. Гурьева И.В. // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. Тез. конф. – М., 2001. – С 122.
5. Кошкина И.В. Нарушение кровообращения в нижних конечностях у больных сахарным диабетом II типа / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
6. Кривихин Д.В. Аутодермальное закрытие ран у больных сахарным диабетом II типа с синдромом диабетической стопы после «малых» операций на стопе / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
7. Пашина С.А., Бондарь И. В. Синдром диабетической стопы. – М., 2005.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*А.И. Лобаков, А.М. Савов, В.Н. Филижанко, В.И. Бирюшов, Ю.И. Захаров,
В.А. Морохотов, Л.Б. Денисова, Ш.Р. Джуракулов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Острый панкреатит – одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Частота развития острого панкреатита составляет 9-12% от всех острых хирургических заболеваний брюшной полости [2, 7]. В 15-20% случаев острый панкреатит носит деструктивный, некротический характер. Летальность при остром панкреатите в целом в последние годы составляет 19-20%, при гнойно-некротических формах она достигает 20-50% [3, 7]. Несмотря на внедрение в клиническую практику новых методов лечения, современных технологий и лекарственных препаратов, сохраняется неудовлетворенность результатами лечения: высокая летальность, значительный процент инвалидизации больных, длительные сроки пребывания больных в стационаре [1, 8]. Высокий уровень летальности, послеоперационные осложнения объясняются, в первую очередь, отсутствием единого стандартизированного подхода к классификации, диагностике, оценке тяжести состояния и прогноза течения острого деструктивного панкреатита [4, 9]. Настоящее исследование посвящено анализу клинико-инструментальных и лабораторных факторов оценки тяжести и прогнозирования течения острого деструктивного панкреатита, доступных и эффективных в практической деятельности хирургического стационара хирургического профиля.

На стационарном лечении в отделении абдоминальной хирургии МОНИКИ в период с 1990 по 2005 г. находилось 160 больных острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-некротических осложнений. Основным инструментальным методом обследования, позволяющим четко и объективно установить клинико-морфологическую форму острого деструктивного панкреатита, является рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Асептический парапанкреатический инфильтрат выявлен у 6 больных (3,6%), в остальных наблюдениях диагностированы инфицированные формы панкреонекроза: абсцесс поджелудочной железы – 16 больных (10%), ограниченная инфицированная флегмона парапанкреатической клетчатки – 61 (38,1%); распространенная флегмона забрюшинной клетчатки – 80 больных (50%).

Клиническое состояние больных объективно оценивалось на основании критериев оценки тяжести физиологического состояния (ТФС) по М.И.Филимонову [5]. Это система балльной оценки тяжести течения панкреонекроза, позволяющая еже-