

К вопросу о хирургической тактике при гнойно-некротических диабетических поражениях стоп

А. Б. АХМЕРОВ, Р. Г. НОВИКОВ.

Казанский государственный медицинский университет.

Республиканская клиническая больница МЗ РТ.

Количество больных сахарным диабетом составляет около 4% населения земли (Государственный регистр сахарного диабета). Каждый второй больной сахарным диабетом рано или поздно нуждается в хирургической помощи. Хотя специальными эпидемиологическими исследованиями показано, что повышенной предрасположенности больных сахарным диабетом к инфекции нет, некоторые инфекционные процессы при сахарном диабете наблюдаются чаще, чем в аналогичной по возрасту группе больных без сахарного диабета. К таким инфекционным процессам, в частности, относят гнойно-некротические заболевания стопы у больных сахарным диабетом.

В настоящее время проблемы, связанные с диабетической стопой остаются наиболее частой причиной нетравматических ампутаций конечности, лишения трудоспособности, требуют больших материальных затрат для лечения и реабилитации пациентов. Финалом лечения таких больных нередко является высокая ампутация нижней конечности.

В отделении гнойной хирургии РКБ МЗ РТ за год проходит лечение 600-650 пациентов, 25-30% из них — больные с различными формами синдрома диабетической стопы (СДС). С 2005 по 2008 гг. в отделении пролечено 612 пациентов с СДС, из них прооперировано — 419 больных. Послеоперационная летальность составила — 1,2% (5 пациентов). Возраст варьировал от 18 до 87 лет, средний возраст составил 53,6 лет.

СДС представляет собой достаточно сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, встречающийся в той или иной форме у 30-80% больных сахарным диабетом. Опыт работы отделения гнойной хирургии РКБ МЗ РТ показывает, что в структуре патологии данного отделения подобные больные составляют 35-38% с тенденцией к увеличению, причем основную долю подобных больных составляют лица пожилого возраста. Характер и выраженность диабетических поражений стоп напрямую связаны также с тяжестью диабета и длительностью его течения. Ампутации нижних конечностей у данной группы пациентов производятся в 15 раз чаще, нежели по поводу других причин. Анализ работы отделения показывает, что 65% всех производимых ампутаций приходится на долю больных сахарным диабетом. Практика также свидетельствует, что до 30% больных после первой ампутации подвергаются ампутации второй конечности в течение ближайших 1-3 лет.

При определении хирургической лечебной тактики при диабетическом поражении стоп приходится нередко принимать решение с учетом двух моментов: 1) неотвратимая необходимость ампутации, 2) максимально возможное использование средств по ее предотвращению.

Классификация форм диабетической стопы

Наличие ангиопатии и нейропатии нижних конечностей является ключевыми моментами, разграничивающими СДС на два клинико-патогенетических варианта, тактика лечения, прогноз и эффективность лечения которых значительно различаются.

Нейропатическая инфицированная форма:

- без остеоартропатии;
- диабетическая остеоартропатия — «сустав Шарко».

Нейро-ишемическая форма.

Все указанные клинические формы синдрома могут проявляться с или без гнойно-некротического процесса. В зависимости от этого различают следующие степени поражения (Wagner):

- Язвенный дефект отсутствует, но есть сухость кожи, ключевидная деформация пальцев, пролапс головок метатарзальных костей, другие суставные и костные аномалии.
- Поверхностная язва без признаков инфицирования.
- Глубокая язва, обычно инфицированная, но без вовлечения в процесс костной ткани.
- Глубокая язва с образованием абсцесса (флегмоны), с вовлечением в процесс костной ткани.
- Ограниченная гангрена (пальца или части стопы).
- Гангрена всей стопы.

Консервативное лечение

Лечение необходимо начинать с оценки предшествующих метаболических и электролитных нарушений, которые должны быть скорректированы в обязательном порядке. Для этого осуществляется перевод всех пациентов (независимо от типа СД) на инсулин короткого действия по принципу «интенсивной инсулинотерапии». Лечение болевой формы нейропатии основывается на патогенетическом подходе, что включает применение препаратов альфа-липоевой кислоты.

Антибактериальная терапия является одним из важных компонентов консервативного лечения СДС, которая должна проводиться по принципу ступенчатой терапии.

Эмпирическая антибактериальная терапия проводится до получения результатов бактериальных посевов. Необходимо назначать антибиотики широкого действия с учетом возбудителей, наиболее часто выделяемых из гнойно-некротических очагов у больных СД.



Коррекция антибактериальной терапии осуществляется с учетом динамики общего состояния пациента и гнойно-некротического очага, а также полученных данных видового состава микрофлоры и антибиотикограммы.

При наличии двух форм одного и того же препарата возможен переход с парентерального пути использования на энтеральный.

Длительность антибактериальной терапии у пациентов с глубокими некрозами или гангреной на фоне хирургического лечения может составлять курсами 2-3 недели парентерально, вместе с энтеральным — до 10 недель под «прикрытием» противогрибковых препаратов.

Местное лечение

В основе хирургического лечения гнойно-некротических поражений стоп у больных СД лежат принципы активной хирургической тактики, включающие:

- полноценную хирургическую обработку очага;
- дополнительные методы санации раны (пульсирующая струя, ультразвук, ГБО и т.д.);
- использование современных и эффективных средств и материалов лечения;
- реконструктивные и пластические операции.

Данная группа больных требует особого внимания и очень тщательной проработки лечебной программы ввиду достаточно высокой угрозы летальных исходов и инвалидизации.

Хирургическая тактика при развитии гнойно-некротических осложнений определяется не только выраженностью гнойно-некротических проявлений, но и формой СДС. Это обстоятельство заставляет следовать диагностическому алгоритму, который направлен на определение формы СДС, выявление локализации и распространенности гнойно-некротического процесса, а также возможные признаки генерализации инфекции.

Основной целью хирургического лечения гнойно-некротических проявлений СДС является сохранение конечности и жизни больного. Неправильно выбранная тактика может привести к утрате конечности, а в наиболее тяжелых случаях — к летальному исходу. Мы считаем, что хирургические вмешательства при гнойно-некротических процессах на стопе в настоящее время не являются этапом подготовки к ампутации конечности на уровне бедра или голени. Они направлены на сохранение опорной функции конечности. Лечебные мероприятия должны быть направлены на улучшение трофики конечности, ликвидации ишемии на стопе, стабилизации общего состояния пациента, коррекции углеводного обмена и адекватной антибиотикотерапии. В основе хирургического лечения должен быть принцип бережного отношения к тканям и максимального сохранения функций стоп.

Показанием к экстренным оперативным вмешательствам является влажная гангрена стопы.

Показанием к срочным оперативным вмешательствам являются:

- флегмона стопы;
- глубокие абсцессы стопы;
- гнойно-некротические раны, не имеющие адекватного дренирования;
- отдаленные септические метастатические очаги;
- вновь образующиеся абсцессы и плохо дренируемые гнойные затеки.

Показанием к плановым операциям служат:

- хронические остеомиелиты костей стоп;

— вторичные некрозы в ране или трофической язве (этапные некрэктомии);

— наличие раневого дефекта кожных покровов мягких тканей стоп (различные варианты реконструктивных и пластических операций).

Цель хирургической обработки гнойно-некротического очага — обеспечение широкого доступа к очагу, его адекватное дренирование, иссечение девитализированных тканей, поддерживающих инфекцию, а также предупреждение ее дальнейшего распространения. Возникающие гангренозные процессы следует, по возможности локализовать, добиваться устранения сопутствующих воспалительных явлений, способствовать их демаркации, что в итоге и дает возможность выполнить более щадящую операцию.

В силу этих обстоятельств, на наш взгляд, вполне обоснованной и целесообразной является тенденция к выполнению по возможности более экономных, парциальных, сберегающих ампутаций на стопе, которые в подавляющем большинстве дают неплохие результаты. Подобная лечебная тактика, безусловно, является более кропотливой, нередко требующей достаточно длительного времени и комплексного характера терапии с использованием антибактериальных, сосудистых, иммунных, детоксикационных и других средств, а также очень качественного эндокринологического обеспечения. Комплексное лечение должно проводиться на фоне разгрузки пораженной конечности, которая достигается применением костылей, специальной ортопедической обуви, кресла-каталки, применением современных иммобилизирующих повязок.

Характер местных лечебных, в том числе и хирургических, мероприятий, медикаментозной терапии в значительной степени зависит от формы диабетического поражения стоп, когда могут преобладать нейропатические, ишемические, остеоартропатические изменения или их комбинации.

Выполнение ранних восстановительных операций является обязательным компонентом хирургического лечения диабетической стопы, которые должны осуществляться на фоне компенсации общего состояния пациента, устранения инфекционного процесса и купирования ишемии конечности.

В нашей практике применяется:

- пластика свободным рассеченным кожным лоскутом;
- первичные, вторичные швы;
- пластика раны методом дозированного тканевого растяжения;
- пластика выкроенными местными тканями;
- комбинация вышеперечисленных способов.

Хирургический этап лечения должен носить по возможности отсроченный характер на фоне обследования пациента в сочетании с адекватной консервативной терапией. Стремление к максимально возможному сохранению конечности и более экономным ампутациям должны быть строго обоснованным из-за опасности последующего некроза культи на фоне ишемизированных тканей. Решение относительно уровня ампутации делается на основании комплексной оценки степени ишемии на разных уровнях конечности, а также с учетом распространенности гнойно-некротического процесса.

В целом за последние годы в отделении наметилась отчетливая тенденция к сокращению количества высоких и увеличению органосохраняющих операций. За 2007 год выполнено 84% органосохраняющих операций, 16% высоких ампутаций. Изложенные показатели являются подтверждением целесообразности осуществляемой лечебной тактики при диабетическом поражении стоп.