Ю.Н. Солдатов¹, М.Т. Авченко¹, Н.И. Кондрашов¹, Н.Н. Лисицкий¹, Ю.В. Дубинин²

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

¹ Оренбургская государственная медицинская академия (Оренбург)

² Муниципальная городская клиническая больница им. Н.Н. Пирогова (Оренбург)

На основании анализа лечения 112 больных с гнойными осложнениями сахарного диабета с использованием в комплексной терапии препарата Актовегин, делается заключение о недостаточной эффективности малых доз данного лекарственного средства. Применение физических методов воздействия на гнойные раны способствует ускорению процессов очищения и заживления, сокращению периода стационарного лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, Актовегин

COMPLEX TREATMENT OF PURULENT COMPLICATIONS OF THE DIABETES

Y.N. Soldatov¹, M.T. Avchenko¹, N.I. Kondrashov¹, N.N. Lisitsky¹, Y.V. Dubinin¹

¹ Orenburg State Medical Academy, Orenburg

² Municipal City Clinical Hospital named after N.N. Pirogov, Orenburg

On the basis of the analysis of treatment of 112 patients with purulent complications of diabetes with use in complex therapy of preparation Aktovegin, the conclusion about insufficient efficiency of small doses of the given medical product is done. Application of physical methods of influence on purulent wounds promotes acceleration of processes of detersion and healing, a shorter period of hospitalization.

Key words: pancreatic diabetes, complications, Aktovegin

ВВЕДЕНИЕ

По статистическим данным, растет число больных, которым выполняют ампутации конечности по поводу гнойных осложнений и у которых через 1–3 года возникают показания к ампутации второй конечности [2, 3, 5]. В то же время проведение малых ампутаций без учета характера компенсации кровотока сопровождается послеоперационными осложнениями и повторными ампутациями. Выбор уровня ампутации у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы должен определяться состоянием кровотока на стопе и на верхней трети голени. Допустимым значением микрокровотока на уровне голени считается показатель $TcPO_2 > 40$ мм рт. ст. [1]. Принципиальным звеном лечения ишемических форм синдрома диабетической стопы является улучшение или восстановление уровня кровотока в пораженных конечностях, и лишь потом, по сформировавшейся линии демаркации выполняются радикальные вмешательства на очаге [4]. Учитывая, что при сахарном диабете на процесс замедления тканевой репарации влияют локальные и системные процессы, представляется важным подобрать оптимальный комплекс консервативной терапии, способный устранить эти негативные факторы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета путем применения комплексной терапии и физических методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 112 историй больных с различными гнойными осложнениями сахарного диабета, лечившихся в клинике факультетской хирургии в 2008–2010 гг. Из них мужчин 30 (27 %) и женщин 82 (73 %) в возрасте от 38 до 89 лет. Большинство больных страдали сахарным диабетом II типа с локализацией гнойного процесса на нижних конечностях. У 2 больных был сахарный диабет I типа, а у 2 больных локализация гнойного процесса была не на нижних конечностях. Нейропатическую форму синдрома диабетической стопы имели 47 % больных, ишемическую – 4 % и смешанную – 49 %. Среди сопутствующих заболеваний преобладали ИБС, гипертоническая болезнь, хронические заболевания почек.

При поступлении больным проводилось обследование, включающее клинические и биохимические исследования, ЭКГ, рентгенографию конечностей, УЗИ сосудов (аппаратом DIASONICS GATEWAY fx), доплерометрию (аппаратом Smartdop 30), транскутанное определение напряжения кислорода на голени и стопе (аппаратом TCM-400), исследовался состав микрофлоры гнойных ран по общепринятой методике.

Комплексная консервативная терапия включала в себя коррекцию углеводного обмена, дезинтоксикационную терапию, антибиотикотерапию и дезагрегационную и антикоагулянтную терапию. В зависимости от проведенного комплекса консервативной терапии больные

разделены на две группы. В основную группу вошли 43 больных, у которых консервативная терапия включала препарат актовегин в дозировке от 2,0 до 10,0 мл. Вторую, контрольную группу составили 68 больных, которые данный препарат не получали. Основная группа включала в себя три подгруппы: первая подгруппа (9 больных) которым проведена только санация гнойно-некротических процессов мягких тканей, вторая (14 больных) после малых ампутаций в пределах стопы и третья (11 больных) с ампутациями на уровне голени и бедра. В контрольной группе первая подгруппа состояла из 24 больных, вторая подгруппа из 28 и третья — 14 больных соответственно. В третью группу вошли 10 больных, которым выполнялась аутодермопластика в плановом порядке. Больным с гнойно-некротическими процессами мягких тканей как основной, так и контрольной группы, проводили хирургическую обработку гнойно-некротического очага в объеме, обеспечивающем радикальное удаление нежизнеспособных тканей. Ежедневно делались перевязки. В зависимости от фазы раневого процесса использовали различные физиотерапевтические методы воздействия, такие как УФО, УВЧ и светотерапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Всего было выполнено 185 операций. Вскрытий гнойников и хирургических обработок ран 62 (34 %), ампутаций, экзартикуляция пальцев и резекций стопы 59 (32 %), ампутаций конечности на уровне голени — 24, на уровне бедра — 7. Кроме того, выполнено 33 аутодермопластические операции.

Абсолютными показаниями к ампутации на уровне компенсированного кровообращения считали окклюзию магистральной артерии конечности с декомпенсацией коллатерального кровообращения и распространенным некротическим процессом, тотальную сухую гангрену стопы и наличие анаэробной инфекции на нижней конечности. Значительное сокращение первичных высоких ампутаций определяется тщательной оценкой состояния коллатерального кровообращения. Среди послеоперационных осложнений наблюдались нагноение послеоперационных ран культи, флегмоны и вторичные некрозы мягких тканей стопы. Повторные «малые» резекции выполнены 8 больным. «Высокие» реампутации выполнены 5 больным. Послеоперационная летальность составила 2 %.

Продолжительность стационарного лечения больных основной и контрольной группы представлена в таблице 1. Показатели основной группы по всем подгруппам достоверно не отличались от контрольной ($p < 0,2$).

Комплексная терапия и физиотерапевтическое лечение оказывали наиболее благоприятное воздействие на процесс очищения и заживления ран. Перед началом лечения микрофлора высевалась из ран у всех больных, причем в 76,4 %

Таблица 1
Продолжительность стационарного лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета при комплексной терапии ($M \pm m$)

Группы	Подгруппы		
	1	2	3
Основная группа больных (n = 34)	21,9 ± 5,0	45,6 ± 9,0	38,4 ± 4,0
Контрольная группа (n = 68)	28,0 ± 4,7	32,1 ± 6,3	46,4 ± 5,6

случаев была выделена монокультура [6]. После начала лечения, на 7-е сутки микрофлора не высевалась у 26 % больных, и только в отдельных случаях высевались антибиотикорезистентные штаммы. После подготовки выполненная аутодермопластика методами расщепленного лоскута или по Яновичу — Чайнскому способствовала более быстрой эпителизации ран и уменьшению сроков стационарного лечения этой группы больных. Продолжительность стационарного лечения у этих больных была в 1,2 раза меньше, чем в контрольной группе.

ВЫВОДЫ

1. Применение в комплексной терапии препарата актовегин в небольшой дозировке не оказало существенного эффекта на длительность пребывания в стационаре больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета.

2. Активная тактика в сочетании с комплексной консервативной терапией позволяют уменьшить количество послеоперационных осложнений.

3. Применение физических методов лечения ускоряют процесс подготовки гнойных ран к аутодермопластике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин А.И., Ступин В.А., Горюнов С.В., Михальский В.В. и др. Комплексное хирургическое лечение больных с гнойно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы // Русский медицинский журнал. — 2010. — Т. 18, № 17. — С. 1055.

2. Земляной А.В., Пальцын А.А., Светухин А.М. Обоснование и варианты тактики комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм «диабетической стопы» // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1999. — № 10. — С. 44 — 48.

3. Красников В.М., Никулин Н.Л., Тихонов В.А. Многокомпонентное лечение гнойно-некротических поражений при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы // Казанский медицинский журнал. — 2009. — Т. 90, № 2. — С. 199 — 201.

4. Маркович П.С., Даниленко С.Ю., Янкин А.В., Плеханов А.Н. Основные направления лечения

синдрома диабетической стопы // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2010. — № 2. — С. 56–66.

5. Митиш В.А., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р., Доронина Л.П. и др. Возможности комплексного хирургического лечения гнойно-некротических поражений нейроишемической формы синдрома

диабетической стопы // Сахарный диабет. — 2009. — № 1. — С. 8–14.

6. Файзулина Р.Р., Нузов Б.Г. Пути улучшения результатов лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы // Информационный архив. — 2009. — Т. 3, № 3. — С. 77–79.

Сведения об авторах

Солдатов Юрий Николаевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии Оренбургской государственной медицинской академии (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140в; тел.: 8 (912) 349-23-40; e-mail: orgma@esoo.ru)

Авченко Михаил Терентьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Оренбургской государственной медицинской академии (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140в; тел.: (3532) 75-67-22)

Кондрашов Николай Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Оренбургской государственной медицинской академии (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140в)

Лисицкий Николай Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент, кафедры факультетской хирургии, Оренбургской государственной медицинской академии (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140 в)

Дубинин Юрий Валентинович – заведующий отделением гнойной хирургии Муниципальной городской клинической больницы им. Н.Н. Пирогова (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140в; тел: 8 (3532) 75-75-63)