

ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА И УРОВНЯ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кемеровская областная клиническая больница (Кемерово)

В перечне всех осложнений сахарного диабета СДС занимает лидирующие позиции, так, например, 40 – 70 % всех нетравматических ампутаций нижних конечностей связано с сахарным диабетом. В США ежегодно производится 50000 ампутаций у больных сахарным диабетом. Постампутационная летальность составляет до 40 % — в течение первого года жизни и от 39 до 68 % в течение последующих пяти лет.

Ведение таких пациентов с СДС требует длительного пребывания в стационаре, повторных операций, неоднократных госпитализаций, что выливается в значительные материальные затраты. Сложилось так, что поиски «универсального» хирургического лечения способствовали широкому повсеместному распространению ампутаций нижних конечностей в качестве метода выбора. Обращает на себя внимание большой процент ампутаций на уровне бедра. Так даже в клиниках Москвы этот показатель составляет 85 % всех высоких ампутаций, в то время как ампутации на уровне голени составляют 15 %.

Учитывая большую медико-социальную значимость проблемы сахарного диабета и синдрома диабетической стопы, в марте 2002 года на базе отделения сосудистой хирургии ОКБ г. Кемерово был организован центр «Диабетическая стопа». В октябре 2002 года он вошел в состав Областного Диабетологического центра.

Цель исследования — повысить эффективность лечения больных с СДС, разработать мероприятия по снижению количества и уровня ампутаций нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2002 по 2004 годы на базе отделения сосудистой хирургии ОКБ, находилось на лечении 138 больных страдающих сахарным диабетом, в возрасте от 26 до 91 года. Для диагностики состояния артериального кровотока осуществлялось ультразвуковое исследование ACUSON-128 XP/10, исследование оксигенации кожи при помощи транскутанного измерения насыщения кислорода с проведением фармакологических проб (прибор — RADIOMETR TCM-400, Дания), рентгеноконтрастная ангиография с обязательным контрастированием дистального артериального русла, капилляроскопия.

Проведенные исследования выявили нарушение проходимости артерий нижних конечностей в 70 % случаев (у 96 больных). Из них у 44 больных отмечалось поражение дистальных отделов берцовых артерий.

Первым этапом хирургического лечения у больных с ишемическим и нейроишемическим типом диабетической стопы (по классификации ВОЗ, Женева, 1987) выполнялась прямая или не прямая реваскуляризация конечности. В качестве методов прямой реваскуляризации выполнялись: в 13 случаях — эндартерэктомии из подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегмента, у 9 больных — профундопластика с использованием заплаты из аутовены, ксеноперикарда, у 4 больных — аортобедренное протезирование и шунтирование с применением синтетических протезов различных фирм-изготовителей, 14 больным выполнено бедренно-подколенное протезирование аутовеной, ксенобиопротезом.

В раннем послеоперационном периоде у 7 больных (14 %) развились осложнения — тромбозы шунтов и протезов, нагноение послеоперационной раны, арозивные кровотечения. В 3 случаях выполнены повторные реконструктивные операции, в 4 ампутации на различных уровнях. Всего умерло 4 больных.

Из непрямых методов реваскуляризации у 37 больных выполнялись поясничная симпатэктомия и реваскуляризирующие остеотомии нижних конечностей.

Вторым этапом, чаще после перевода влажной гангрены в сухую, проводились некрэктомии и малые ампутации. Осуществлялись перевязки с современными перевязочными средствами — гидрогелями: сорбционными салфетками, салфетками с иммобилизованными ферментами и мазями.

Всем больным проводилось консервативное лечение с использованием актовегина, сулодексида, вазопростана, антибактериальных препаратов, различных методов ФТЛ.

Лечение проводилось совместно с эндокринологом и кардиологом. Проводилось обучение больных отделения в школе Диабета.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранее ежегодно в отделении выполнялось около 60 ампутаций при различной патологии, из них только 5 % ампутаций на уровне голени. Комплексный подход в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы позволил улучшить результаты хирургического лечения, снизить количество ампутаций и летальных исходов. Удалось сохранить конечности 102 больным, но и тем больным, которым пришлось потерять конечности, в 37 % была выполнена ампутация в пределах стопы в 34 % на уровне голени и лишь 11 больным выполнена ампутация на уровне бедра, что составило 29 % от всех выполненных ампутаций.

ВЫВОДЫ

Мультидисциплинарный подход к лечению синдрома диабетической стопы, тесное взаимодействие хирурга и эндокринолога, ранняя диагностика патологии магистральных артерий ниж-

них конечностей и соответствующее хирургическое лечение, направленное на реваскуляризацию конечности, позволяет значительно уменьшить количество высоких ампутаций, снизить летальность и улучшить качество жизни пациентов.

А.В. Щербатых, П.Е. Крайнюков, М.В. Мазур, Н.С. Плюта

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ГНОЙНОЙ РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ПАНАРИЦИЕМ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Военный госпиталь соединения РВСН (Иркутск)*

Гнойные заболевания пальцев кисти являются одной из наиболее частых форм патологии, встречающейся в амбулаторной практике хирургов поликлиники и достигают 10,0–25,0 % от общего числа больных хирургического профиля, обратившихся за медицинской помощью (Савин А.М., 1991).

Несмотря на достижения современной медицины, а также применение новых методов в лечении данной патологии, по-прежнему остается высокой частота неудовлетворительных результатов лечения (Деточкин А.Н., 2001; Коньчев А.В., 2003).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение спектра и особенностей микрофлоры послеоперационной раны у больных с гнойными заболеваниями пальцев кисти

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу данного сообщения мы положили результаты исследования 232 пациентов с гнойными заболеваниями пальцев кисти, у которых был изучен спектр и особенности микрофлоры. Возраст больных составил 18–45 лет. Наблюдалось преимущественное поражение ногтевых фаланг первых пальцев. Причиной заболевания практически во всех случаях была микротравма. Бактериологическое исследование в исследуемых группах было выполнено трехкратно на 1, 3, 7-е сутки.

При обследовании больных использовались стандарты диагностики, предложенные Институтом хирургии имени А.В. Вишневского РАМН (Светухин А.М., 2000). Бактериологическое исследование гнойного очага включало в себя посев материала на элективные питательные среды для выделения чистой культуры возбудителя с последующим определением чувствительности к антиинфекционным препаратам. Забор материала производился в предоперационном периоде или же интраоперационно. Техника забора и транспортировка биологического материала для микробиологического обследования соответствовала всем необходимым требованиям (Яковлев С.В., Яковлев В.П., 2002). Определение чувствительности проводилось диско-диффузионным методом и

включало широкий спектр антибактериальных препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При целенаправленном изучении микрофлоры гнойных очагов при панарициях установлено, что золотистый стафилококк является доминирующей инфекцией ($p < 0,05$). При бактериологических посевах на микрофлору и чувствительность к антибиотикам после вскрытия гнойников он высевался в 185 ($79,7 \pm 2,64$ %) наблюдениях. В 20 ($8,6 \pm 1,84$ %) наблюдениях обнаружили *St. epidermidis*, *Streptococcus* – в 21 ($9,1 \pm 1,89$ %) случае; в $2,6 \pm 1,04$ % наблюдений роста микрофлоры в исследуемом материале не было.

Контрольные посевы у больных проводились с кожи и окружающих тканей. Соответствие микрофлоры очагу воспаления не выявлено ни одном случае.

Бактериологическому исследованию были подвергнуты все раны у пациентов с глубокими формами панариция – 91 ($25,5 \pm 2,31$ %) наблюдение, при поверхностных формах у 141 ($39,5 \pm 2,59$ %) пациента. В первые сутки во всех группах достоверно преобладает *St. aureus* ($p < 0,05$). Значимых различий между группами по характеру микрофлоры не получено ($p < 0,01$). У пациентов исследуемых групп наибольшая чувствительность золотистого стафилококка определялась к гентамицину и цефазолину: $74,6 \pm 2,86$ % и $80,6 \pm 2,60$ % соответственно. К пенициллину высокая чувствительность отмечалась лишь в $37,9 \pm 3,19$ % наблюдений. Стрептококк и эпидермальный стафилококк высокочувствителен практически ко всем тестируемым антибиотикам.

Кроме того, часть возбудителей была восприимчива к таким препаратам, как тетрациклин, эритромицин, и даже левомицитин. Эти препараты относительно недорогие, есть в большинстве отделений, и именно на них в первую очередь ориентировано наше исследование.

Полученные результаты соотносятся с литературными данными о главенствующей роли стафилококка как основного возбудителя гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. Поэтому