

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ СЕГМЕНТОВ СТОПЫ

¹*Васильев Н.О.,* ²*Хаджи Исмаил И.А.,* ^{2,3}*Близнец А.А.*

¹*УЗ «Минская областная клиническая больница» г. Минск,
Республика Беларусь*

²*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»
г. Минск, Республика Беларусь*

³*УЗ «Городской эндокринологической диспансер» г. Минск,
Республика Беларусь*

Актуальность. Несмотря на все усилия, многолетний опыт и прогресс в медицине, врачи и ученые не в состоянии ни вылечить сахарный диабет, ни уменьшить количество его осложнений, касающихся организма в целом и нижних конечностей в частности, приводящих к ампутации стопы или её отдельных сегментов. Во многих случаях ампутация является методом выбора, но не всегда решает проблему, а часто, наоборот, добавляет очень много проблем. Одна из них – появление трофических язв культей ампутированных сегментов стоп, так называемый постампутовый синдром диабетической стопы [1,2].

Цель. Оценка эффективности разработанной нами методики ведения больных диабетом после ампутации стоп разных уровней.

Материалы и методы. Анализ результатов амбулаторного наблюдения 45 больных сахарным диабетом с открытой послеоперационной раной на фоне ампутации стопы разных уровней за промежуток времени январь 2017 – декабрь 2020. Эти пациенты находились на амбулаторном лечении в кабинете диабетической стопы ГЭД г. Минска, кабинете диабетической стопы Минской областной клинической больницы. Больных разделили на две группы.

В1-ю группу вошли 21 больных с открытой послеоперационной раной, 5 пациента после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 3 пациента после ампутации 1-го пальца левой стопы, 4 пациента после ампутации 2 пальца левой стопы, 2 пациента после ампутации 4-го пальца правой стопы, 4 пациента после ампутации правой стопы по Шарпу и 3 пациента после ампутации левой стопы по Шарпу. Этим пациентам проводили перевязки по общепринятой у нас методике: удаление гиперкератоза краев раны, некрэктомия при необходимости. Раны промывали антисептиком, накладывали АС-повязку, давали рекомендации для индивидуального пошива обуви со стельками.

Во 2-ую группу вошли 24 больных: 6 пациентов после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 5 пациента после ампутации 1-го пальца левой стопы, 8 пациентов после ампутации левой стопы по Шарпу, 1 пациент после ампутации правой стопы и

реампутации на уровне Шопара, 1 пациент после ампутации 2-го и 3-го пальцев левой стопы с переходом на дистальный конец одноименных плюсневых костей, 2 пациента после ампутации 5-го пальца правой стопы, 1 пациент после ампутации 4-го пальца правой стопы. У этих пациентов проводили перевязки аналогично первой группе и дополнительно была применена разгрузка пораженной конечности и сеансы вакуумной терапии. Разгрузка осуществлена с помощью супинаторов, валиков, марлевых искусственных пальцев и специальной иммобилизирующей повязки из полимерного материала (total contact cast) с последующим пошивом индивидуальной ортопедической обуви. Сеансы вакуумной терапии проводили посредством вакуум-системы, разработанной нами для создания пониженного давления в полости раны.

Результаты. В 1-ой группе раны затянулись полностью в срок от 4 до 6 месяцев. Во всех случаях, когда была проведена ампутация пальцев с переходом на дистальные концы одноименных плюсневых костей, произошла очень выраженная деформация стопы, искривление, подвывихи соседних пальцев и их утолщение, образованы опасные точки опоры, где постоянно появляется гиперкератоз, гематомы, нагноение и инфицирование. Самое опасное осложнение – образование устойчивых трофических язв в зонах высокого давления, с которыми невозможно справиться, несмотря на все усилия, приложенные в этом направлении. У 5-и пациентов произведена ампутация соседних пальцев.

Во 2-ой группе раны затянулись в течении 2-х месяцев, все отрицательные послеоперационные изменения заметно уменьшились. Периодически возникали небольшие проблемы, которые требовали быстрого решения: гематомы, гиперкератоз. У одного пациента после снятия иммобилизирующей повязки (total contact cast) возникла проблема с соседним пальцем и потребовалась ампутация.

Выводы: - для профилактики появления трофических язв в послеоперационном периоде обязательно надо осуществлять разгрузку пораженной конечности как минимум на 1 месяц, даже после заживления послеоперационной раны; - к сожалению, не всегда ампутация является оптимальным решением и, во многих случаях, приводит к серьезным проблемам, особенно после ампутации пальцев с переходом на плюсневые кости.

Литература

1. Анциферов М.Б. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение, профилактика / М.Б. Анциферов, Е.Ю. Комелягина - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013.-304 с.
2. Practical Things You Should Know about Wound Healing and Vacuum-Assisted Closure Management/ Singh D. et al.// Plastic and Reconstructive Surgery – 2020 Apr;145(4):839e–854e. [https:// doi: 10.1097/PRS.0000000000006652](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006652).