

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО – НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Безводицкая А.А.

Кафедра общей хирургии в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается свыше 194 млн. больных сахарным диабетом, а к 2035 году эта цифра составит 334 миллиона человек [1, 2].

Ежегодно сахарный диабет уносит около 3 млн. жизней, и ежегодно происходит около 1 млн. ампутаций. 90% заболевших страдают диабетом II типа.

При синдроме диабетической стопы (СДС) имеются благоприятные условия для развития и прогрессирования хирургической инфекции. Развитие гнойно-некротического процесса у больных СДС составляет 40-70% показаний всех нетравматических ампутаций нижних конечностей [1, 2].

В настоящее время проводится комплексное лечение диабетических язв и других гнойно-деструктивных процессов при СДС. Однако, хирургическое лечение во многом определяет исходы предстоящего лечения, приводя либо к сохранению опорной функции конечности, либо к ампутации.

Цель. Изучить тактику и результаты лечения пациентов с гнойно – некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы

Материалы и методы. Во 2-ом хирургическом отделении (гнойная хирургия) 5-й ГКБ г. Минска в 2018 году лечилось 47 пациентов с трофическими язвами и гнойно-некротическими процессами в области стопы на фоне сахарного диабета. Это составило 12,3% от общего числа пролеченных в этом стационаре пациентов, страдающих сахарным диабетом. По полу распределение выглядело следующим образом: мужчины – 28 (59,5%), женщины – 19 (40,5%). Средний возраст составил $62 \pm 1,4$ года. 43 пациента страдали сахарным диабетом 2 типа (91,5%), 4 (8,5%) – диабетом 1 типа. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от 5 до 16 и более лет. При этом до 5 лет заболеванием страдало

3(6,3%) пациента, от 5 до 15 лет – 14 (29,7%), а свыше 15 лет – 20 (64%). Распределение пациентов в зависимости от клинического проявления СДС: язвенные дефекты стоп с гнойным отделяемым или фибрином имели 24 человека (51%), гнойно-некротические флегмоны – 23 (49%).

Обследование включало: общеклинические методы (анализы крови, мочи, биохимический анализ крови), коагулограмму, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости; методы, направленные на диагностику местного поражения (рентгенография стопы в 2-х проекциях, бактериологический посев из раны с определением флоры и чувствительности к ней антибиотиков); методы исследования поражения сосудистого русла (УЗДГ артерий нижних конечностей, при необходимости – ангиография).

Все пролеченные пациенты имели сопутствующую патологию, в 64% случаев это была патология со стороны сердечно-сосудистой системы. Этим обстоятельством продиктована необходимость в выполнении консультаций смежных специалистов: кардиологов, пульмонологов, а также специальных обследований: компьютерная томография органов грудной клетки, кардиотесты и т.д.

Независимо от вида оперативного лечения, консервативная терапия включала в себя компенсацию углеводного обмена, антибактериальную и противовоспалительную терапию, антикоагулянты и дезагреганты, дезинтоксикационную терапию, симптоматическую терапию с учетом сопутствующих патологий.

Все пациенты были оперированы в ближайшие сутки после поступления в стационар. Пациентам с язвенными дефектами стоп были выполнены некрэктомии (n=24), пациентам с гнойно-некротическими процессами на стопе – вскрытие и дренирование гнойных очагов (n=23). 9 человек (19%) были оперированы дважды, 6-м выполнялись этапные некрэктомии после вскрытия флегмон. 3 пациента оперированы больше 2-х раз: у одного после вскрытия флегмоны тыла стопы, последующей некрэктомии последовала ампутация III пальца стопы, еще двоим пациентам после вскрытия флегмоны, дополнительного дренирования была выполнена ампутация бедра на уровне средней трети.

В послеоперационном периоде местно при перевязках использовались как растворы антисептиков (хлоргексидин, фурагин, мирамистин, раствор борной кислоты), так и мазевые повязки (меколь, повидон-йод, синтомициновая мазь) в зависимости от фазы раневого процесса. Практически все получали физиотерапевтическое лечение: магнитотерапия,

лазеротерапия, ГБО. Разгрузка конечности осуществлялась путем использования костылей, кресла-каталки.

Результаты. В большинстве случаев у пациентов, страдающих гнойно-воспалительными процессами на стопе, отмечалась выраженная гипергликемия. Для компенсации углеводного обмена все пациенты были переведены на интенсивный режим инсулинотерапии с преимущественным повышением количества единиц короткого действия. Кроме того, антибактериальная терапия включала от одного до трех антибиотиков с учетом чувствительности, а также выявленной микробной ассоциации. При наличии условий компенсации кровообращения конечности, интенсивной консервативной терапии, удалось у 96% (45) сохранить конечность и перевести пациентов на амбулаторное лечение с гранулирующими ранами или язвами. У 4% (2) была выполнена высокая ампутация конечности. Возможности сосудистой реконструкции у этих пациентов были резко ограничены прогрессированием гнойно-некротического процесса. Ампутация бедра выполнена была в экстренном порядке.

Выводы.

Оптимальной тактикой лечения пациентов, страдающих осложненной формой синдрома диабетической стопы является комплексная терапия, включающая хирургическое, медикаментозное, местное лечение и физиотерапию.

Оперативное пособие должно быть ранним и обеспечить радикальное иссечение нежизнеспособных тканей и адекватное дренирование гнойных затеков.

Сохранение опорной функции конечности должно быть приоритетным фактором хирургической тактики.

Литература.

1. Абаев Ю.К. Заживление ран при сахарном диабете // Вестник хирургии. – 2005. – №4. – С.108-111.
2. Международная рабочая группа по диабетической стопе. Международное соглашение по диабетической стопе. Москва: «Берег», 2000.