

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Оболенский В.Н.^{1,2}, Процко В.Г.^{3,4}, Оснач С.А.³

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница №13», Москва, Россия

²ФГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ», Москва, Россия

³ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина», Москва, РФ

⁴ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

Актуальность. Сахарный диабет, по мнению многих специалистов здравоохранения, является истинной "пандемией" XXI века. Одним из грозных и подчас инвалидизирующих осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы. На наш взгляд, генеральной стратегией лечения таких пациентов должен быть мультидисциплинарный подход и принцип «Damage control»:

- 1) Если есть очаг **инфекции** с признаками генерализации процесса – ликвидировать очаг и синдром системной воспалительной реакции (сохранение жизни).
- 2) Если есть признаки **ишемии** конечности – оценить уровень и степень поражения, определить показания и возможность проведения реваскуляризации конечности (сохранение конечности).
- 3) Оценить тип и выраженность **деформации**, наличие язвенных дефектов, определить показания и возможность хирургической коррекции стопы (сохранение функции).

Материалы и методы. Диагностический алгоритм должен включать в себя: лабораторные исследования гликемии и гликированного гемоглобина, клинического анализа крови и коагулограммы, маркеров воспаления и прокальцитонина, показателей функции почек; микробиологические исследования тканей язвы и/или раны, по показаниям - других биологических субстратов; инструментальные - ЭКГ, МСКТ-ангиографию или МСКТ-карбоксииангиографию нижних конечностей, рентгенографию, МРТ и КТ стопы и голеностопного сустава, эхокардиографию (по показаниям).

Для оценки тяжести состояния и выраженности органной дисфункции при наличии признаков системной воспалительной реакции можно использовать шкалы SOFA, APACHE и другие, принятые в интенсивной терапии. По показаниям после назначения эмпирической антибактериальной терапии и хирургической обработки гнойного очага проводится интенсивная терапия и заместительная почечная терапия. В ряде случаев по жизненным показаниям производится ампутация сегмента конечности. После получения результатов микробиологических исследований проводится коррекция антибактериальной терапии. В случае открытого ведения ран наиболее доказательно эффективным

методом признано использование вакуум-ассистированных повязок; возможно и применение интерактивных перевязочных средств разных классов.

Контроль и коррекция гликемии осуществляется постоянно, на всех этапах лечения. При наличии гнойно-некротического процесса и системного воспалительного ответа предпочтительна терапия инсулином.

Результаты. Для оценки ишемии используется шкала WifI. При выявлении нарушений магистрального кровотока проводится реваскуляризация конечности - эндоваскулярная, открытая или гибридная - с последующим назначением дезагрегантов и антикоагулянтов на длительный прием. После восстановления кровотока по показаниям возможно проведения малых ампутаций. Доказано эффективным является применение метода гипербарической оксигенации; возможно использование и других методов оксигенации тканей (например, аэрационная озонотерапия, инъекционная карбокситерапия).

Для определения тактических алгоритмов лечения деформаций стопы нами предложена комбинированная классификация **SEDW**: анатомическая классификация Sanders & Frykberg; патофизиологическая классификация Eichenholtz; тип деформации (**D**): VL - valgus, VR - varus, QU - equinus, PP - pressurarie; при наличии язвенных дефектов стопы для определения глубины поражения - классификация Wagner.

Разработаны алгоритмы органосохраняющих и реконструктивных оперативных вмешательств на переднем, среднем и заднем отделах инфицированной диабетической стопы. Почти во всех случаях широко применяется метод пролонгированной локальной антибактериальной терапии (ПЛАТ) - применение биodeградируемой коллагеновой губки, импрегнированной антибиотиком или полиметилметакрилатного цементного спейсера. Планирование сложных оперативных вмешательств проводится с использованием 3D компьютерного моделирования с учетом характера деформации и изменений биомеханики стопы.

В ряде случаев у пациентов с деформацией среднего и/или заднего отделов стопы в острой фазе стопы Шарко (**E₁**) без наличия язвенных дефектов (**W₀**) и признаков гнойно-некротического процесса или с язвами **W₁** возможно устранение деформации с помощью закрытого чрескостного остеосинтеза в АНФ Илизарова, заживление язвы и переход процесса в стадию **E₃**.

Для обеспечения режима разгрузки оперированной конечности без АНФ или после демонтажа АНФ осуществляется с помощью индивидуальной разгрузочной полимерной повязки (Total Contact Cast) и/или различных ортезов с последующим переходом на ортопедическую или индивидуальную обувь. Также используются бесшовные носки и гольфы. В период иммобилизации конечности целесообразно использование метода непрямой электроимпульсной стимуляции мышц голени - с целью профилактики атрофии мышц, стимуляции артериального притока и венозного оттока конечности.

Выводы. При использовании описанных алгоритмов стратегии и тактики лечения пациентов с синдромом диабетической стопы возможен

персонализированный подход к каждому из них, повышение их качества жизни и снижение уровня инвалидизации населения.