

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Безводицкая А.А., Дорох Н.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь*

Введение. Сахарный диабет (СД) является болезнью цивилизации и продолжает быть глобальной медицинской проблемой человечества. По прогнозам ВОЗ к 2025 году 6,3% населения планеты будет страдать этим заболеванием. Осложнения сахарного диабета занимают четвертое место по причине смертности в большинстве развитых стран мира. Гнойно-некротические процессы при СД, особенно на стопе, отличаются рядом особенностей. С одной стороны, любой, даже незначительный, гнойный очаг вызывает нарушение всех видов обмена, приводит к инсулиновой недостаточности, прогрессированию СД и его декомпенсации. С другой стороны, нарушение обменных процессов, замедление регенерации и репарации тканей осложняют и усугубляют течение воспалительного процесса, способствуют его распространению и генерализации.

По-прежнему самой частой операцией в отделениях гнойной хирургии является ампутация конечности на различных уровнях. В мире 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.

По современным представлениям лечение диабетических язв и других гнойно-деструктивных процессов при СДС должно быть комплексным. Тем не менее, хирургическое пособие 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 2022 году получали лечение 69 пациентов с трофическими язвами и гнойно-некротическими процессами в области стопы на фоне сахарного диабета 2 типа. Это составило 13% от общего числа пролеченных в этом стационаре пациентов, страдающих сахарным диабетом (в исследование не включались пациенты, которые поступили с явными признаками гангрены стопы и которым была выполнена ампутация бедра по жизненным показаниям).

По полу мужчины и женщины распределились примерно одинаково: мужчины – 36 (52%), женщины – 33 (48%). Средний возраст составил $62 \pm 1, 5$

года. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от 5 до 30 лет. При этом до 5 лет заболеванием страдало 2 (3%) пациента, от 5 до 15 лет – 19 (28%), а свыше 15 лет – 48 (69%). Распределение пациентов в зависимости от клинического проявления СДС: язвенные дефекты стоп с гнойным отделяемым или фибрином имели 29 человек (42%), гнойно-некротические флегмоны – 40 (58%).

В стационаре всем пациентам проведены лабораторные и инструментальные исследования: 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).

Результаты. Все пролеченные пациенты страдали сопутствующей патологией, в 72% случаев это были заболевания сердечно-сосудистой системы. Реже встречалась патология со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта. Этим обстоятельством продиктована необходимость в выполнении консультаций смежных специалистов: кардиологов, пульмонологов, а также специальных обследований: компьютерная томография органов грудной клетки, кардиотесты, фиброгастроскопия, УЗИ органов брюшной полости 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, перевязки, физиотерапию.

Все пациенты были оперированы в ближайшие сутки после поступления в стационар. Пациентам с язвенными дефектами стоп были выполнены некрэктомии (n=29), пациентам с гнойно-некротическими процессами на стопе – вскрытие и дренирование гнойных очагов (n=40). 11 человек (16%) были оперированы дважды, им выполнялись этапные некрэктомии после вскрытия флегмон. 6 (7%) пациентов оперированы больше 2-х раз: у одного после вскрытия флегмоны тыла стопы, последующей некрэктомии последовала ампутация I - II пальцев стопы, остальным (n=5) 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.

Обсуждение. 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 93% (64) сохранить конечность и перевести пациентов на амбулаторное лечение с гранулирующими ранами или язвами. Этим пациентам была рекомендована консультация ангиохирурга для решения вопроса о возможности выполнения шунтирующих операций или стентирования пораженных сосудов. У 7% (5) 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. Приоритетом в комплексной терапии пациентов, страдающих гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы является оперативное пособие, которое должно быть ранним и обеспечить радикальное иссечение нежизнеспособных тканей и адекватное дренирование гнойных затеков.