

ПОДОВЖЕНА БЛОКАДА СІДНИЧОГО НЕРВА В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНОГО СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

С. Д. Шаповал, І. Л. Савон, М. М. Софілканич

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

PROLONGED BLOCKADE OF NERVUS ISCHIADICUS IN A SYSTEM OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING COMPLICATED DIABETIC FOOT SYNDROME

S. D. Shapoval, I. L. Savon, M. M. Sofilkanych

Загальними принципами лікування ускладнених форм СДС є: компенсація цукрового діабету (ЦД), хірургічна обробка гнійно-некротичних вогнищ, цілеспрямована адекватна антибактеріальна терапія, "судинна" терапія, місцеве лікування рани з використанням сучасних п'єрв'язувальних засобів, пластика дефектів стопи [1 — 4].

Проте, одужання хворих за ускладненого СДС залежить не лише від якості комплексного лікування, а й оптимального вибору анестезії, її впливу на перебіг післяопераційного періоду, швидкість та стимуляцію відновних процесів. Тому багато питань діагностичного, тактичного й лікувального плану потребують поглибленого дослідження [5 — 7].

Мета дослідження: оцінити вплив подовженої блокади сідничого нерва на вираженість больового синдрому та перебіг репаративного процесу в оперованій нижній кінцівці.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене комплексне обстеження й лікування 213 хворих з приводу ускладненого СДС у Міському гнійно-септичному центрі у 2009 — 2014 рр. В основній групі з 126 хворих у 119 (94,4%) — використовували подовжену блокаду сідничого нерва.

В групу порівняння включені 87 пацієнтів, яких лікували в Центрі за період 2009 — 2010 рр. За статтю та віком, тяжкістю перебігу ЦД, клінічними формами СДС, супутніми за-

Реферат

Наведені загальні принципи лікування хворих з приводу ускладненого синдрому діабетичної стопи (СДС). Доведено, що одужання пацієнтів залежить не лише від якості комплексного лікування, а й від оптимального вибору методу анестезії, її впливу на перебіг післяопераційного періоду. Застосування подовженої блокади сідничого нерва (n. ischiadicus) дає можливість у повному обсязі виконати оперативне втручання на нижній кінцівці, забезпечує достатній моторний та сенсорний блок, дозволяє хворим відмовитися від застосування наркотичних препаратів, зменшити дозу сильнодіючих ненаркотичних анагетиків, строки переходу I фази ранового процесу у II фазу, сприяє ранній активізації хворих після операції, є альтернативою іншим методам анестезіологічного забезпечення.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи; комплексне лікування; подовжена блокада сідничого нерва.

Abstract

General principles of treatment in patients, suffering diabetic foot syndrome, are adduced. There was proved, that reconvalence of the patients depends not only on quality of complex treatment, but from optimal choice of anesthesia method, its impact on postoperative period course. Application of prolonged blockade of n. ischiadicus gives possibility to perform operative intervention on the lower extremity in full volume, guarantees sufficient motor and sensory block, permits patients to reject from application of narcotic analgetics, to reduce the dose of strong nonnarcotic analgetics, the terms of transition of the wound process phase I into phase II, promotes early activation of patients postoperatively, constitutes alternative for other methods of anesthesiological support.

Key words: diabetic foot syndrome; complex treatment; prolonged blockade of n. ischiadicus.

хворюваннями групи репрезентативні.

У дослідженні використовували класифікацію СДС за клінічними формами (Consensus Document of Diabetic Foot Netherlands, 1991), відповідно до якої виділяли нейропатично-інфіковану, ішемічно-гангренозну та змішану форми. В основній групі нейропатична форма виявлена у 17 (13,5%) хворих, ішемічна — в 11 (8,7%), змішана — у 98 (77,8%); у групі порівняння — відповідно у 12 (13,8%), 8 (9,2%) та 67 (77,0%).

Крім того, використовували класифікацію клініки, затверджену на

IV з'їзді судинних хірургів і ангіологів України (Ужгород, 2012), названу як "система CZE", за якою визначали клінічну форму (Clinical form — C), анатомічну локалізацію (Anatomy zona — Z), етіологічний чинник (Etiological factor — E).

За класифікацією CZE хворі обох груп розподілені так (*табл. 1*). За цією класифікацією групи також були зіставні.

Розподіл хворих основної групи залежно від клінічної форми ускладненого СДС наведений у *табл. 2*.

У хворих за ускладненого СДС встановлена пропорційна залежність між клінічними формами та

ді, зменшити застосування сильнодіючих ненаркотичних анагетиків з 5 — 7 до 1 доби, покращився загальний стан хворих, з'явилася можливість активізувати більшість з них у 1—шу добу після операції.

Візуальну оцінку регенеративних процесів в ділянці операційної рани (стан навколишніх тканин, об'єм ранового ексудату, вираженість грануляцій, епітелізація) проводили шляхом підрахунку балів на початку, під час перев'язок (через кожні 3 доби) та наприкінці лікування (табл. 3).

За оцінкою стану рани та прилеглої шкіри мінімальна сума може становити 2 бали, максимальна — 16 балів. Збільшення кількості балів свідчило про сприятливі умови загоєння рани.

В усіх пацієнтів на початку лікування відзначали мляві грануляції, відсутність епітелізації, слабу або помірну ексудацію, наявність дерматиту.

На 4—ту добу особливих розбіжностей показників у групах не спостерігали ($p > 0,05$).

На 8—му добу в основній групі кількість балів збільшилася внаслідок зникнення дерматиту та появи активних грануляцій ($p < 0,05$).

На 11—ту добу кількість балів у групах була майже однаковою завдяки зникненню дерматиту та появи грануляцій в групі порівняння ($p > 0,05$).

У групі порівняння очищення рани та появу перших грануляцій відзначали через $(6,4 \pm 0,34)$ доби лікування, в основній групі — через $(5,1 \pm 0,31)$ доби ($p < 0,05$).

Швидкість загоєння ран, тобто, утворення нової покривної тканини за однаковий період в основній групі достовірно ($p < 0,05$) більша.

Кінцевим результатом місцевого лікування було досягнення активно гранулюючої рани, про що свідчило яскраво червоне або рожеве забарвлення тканин.

Отже, використання подовженої блокади сідничого нерва сприяло прискоренню репаративних процесів у рані нижньої кінцівки, дозволило швидше підготувати рану до

подальшого лікування — дерматопластики або накладання вторинних швів.

ВИСНОВКИ

1. Використання подовженої блокади сідничого нерва дає можливість у повному обсязі виконати оперативне втручання на нижній кінцівці, забезпечує достатній сенсорний і моторний блок.

2. Блокада сідничого нерва дозволяє відмовитися від застосування наркотичних препаратів у ранньому післяопераційному періоді, зменшити кількість сильнодіючих ненаркотичних анагетиків, на 1,3 доби прискорити перехід I фази ранового процесу у II фазу.

3. Широке впровадження подовженої блокади сідничого нерва забезпечує ранню активацію хворих після операції та є альтернативою іншим методам анестезіологічного забезпечення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белобородов В. А. Лечение гнойно—некротических осложненных синдрома диабетической стопы / В. А. Белобородов, А. П. Фролов, К. Ю. Рудых // Сучасні мед. технології. — 2013. — № 3. — С. 23 — 25.
2. Герасимчук П. О. Аналіз комплексного диференційованого лікування хворих на синдром діабетичної стопи / П. О. Герасимчук, П. В. Кісіль // Шпитал. хірургія. — 2012. — № 2. — С. 10 — 14.
3. Перцов В. І. Досвід лікування синдрому діабетичної стопи / В. І. Перцов, О. В. Пономаренко // Клін. хірургія. — 2014. — № 7. — С. 49 — 51.
4. Тамм Т. И. Современные подходы к лечению больных с синдромом диабетической стопы / Т. И. Тамм, С. Г. Белов, Э. И. Гирка // Там же. — 2012. — № 11. — С. 33.
5. Гомон М. Л. Оптимізація блокади сідничого нерва як метод анестезії/аналгезії / М. Л. Гомон // Там же.— 2014.— №10.— С.60 — 62.
6. Горобейко М. Б. Результаты лечения синдрома диабетической стопы с позиций доказательной медицины / М. Б. Горобейко // Сучасні мед. технології. — 2013. — № 3. — С. 48 — 49.
7. Bakker K. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011 / K. Bakker, N. C. Schaper // Diabet. Metab. Res. — 2012. — Vol. 28, N 1. — P. 116 — 118.

