

# ВИПАДКИ ІЗ ПРАКТИКИ

## УСКЛАДНЕНА ТРОФІЧНА ДІАБЕТИЧНА ВИРАЗКА У СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

В.І. Боцюрко, О.В. Пиптюк, Р.Г. Доскач, Б.Г. Горбаль

Івано-Франківський національний медичний університет

## ОСЛОЖНЕННАЯ ТРОФИЧЕСКАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЯЗВА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.И. Боцюрко, О.В. Пыптюк, Р.Г. Доскач, Б.Г. Горбаль

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

## COMPLICATED DIABETIC TROPHIC ULCER IN ELDERLY PEOPLE

V.I. Botsiurko, O.V. Pyptiuk, R.H. Doskach, B.H. Horbal

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Основним механізмом розвитку діабетичних виразок є сенсорна, моторна та вегетативна нейропатія, які сприяють розвитку ульцерації шкіри. Виразковий дефект найчастіше утворюється під впливом зовнішніх факторів – надмірного тиску на певні ділянки стопи. Здебільшого це відбувається на підшві і пальцях, у місцях стискання взуттям.

У нашому випадку (хвора С. 89 років) трофічна виразка появилася у нижній третині задньої поверхні лівої гомілки, де особливого механічного пошкодження не відмічалось. На перших порах вона була невеликого розміру і особливої загрози не мала. Перша госпіталізація – лютий 2014 року. На фоні субкомпенсованого цукрового діабету 2 типу намітилася тенденція до заживлення і хвора була виписана додому. Проте вже через місяць виразка нагноїлась і почала поширюватися вниз до гомілково-ступневого суглобу з глибоким проникненням, аж до ахілового сухожилка. Поверхня її також розширилась, займаючи площу близько 60 см<sup>2</sup>.

23.04.14р. хвора знову госпіталізована. Не зважаючи на повторні хірургічні обробки із застосуванням некролітиків, антисептиків (появились ознаки нагноєння), розвився некроз ахілового сухожилка. Тривала комбінована терапія: хірургічне втручання - висікання некротичних тканин, включаючи ахіловий сухожилок на фоні консервативного лікування (інсулін, знеболюючі, ангіопротектори, препарати метаболічної дії) призвела до стабілізації процесу.

Проте великий дефект шкіри не сприяв заживленню рани. 28.05.14 р. проведена операція аутодермопластики виразкового дефекту лівої гомілки вільно перфорованим клаптом шкіри, хоча були побоювання, що в такому віці (89 років) трансплантат може не прижитися. Але все пройшло успішно, приживлення клаптя відбулося на 83%. Процес повного приживлення проходив довготривало, але пацієнтка через 1,5 місяця перебування у стаціонарі все ж була виписана додому для подальшого амбулаторного лікування.

Амбулаторне лікування проводилося лікарем-хірургом, який двічі на тиждень відвідував хвору і робив перев'язки в основному з бетадиновою маззю, паралельно очищуючи периферію рани від на шарувань огрубілого епідермісу.

За цей час хвора прийняла ще один курс консервативної терапії (тівортин в/в, актовегін в/в, діаліпон в/в, вітаксон п/ш). В результаті рана поступово звужувалась і 25.09.2015 року було констатовано повне заживлення, що відображено на фотографіях.

Таким чином, епопея, яка тривала більше 1,5 року, закінчилася цілковитим успіхом, хоча в такому віці це буває рідко. На нашу думку, вирішальну роль тут відіграла добра компенсація цукрового діабету, проведена потужна антибіотикотерапія, правильна хірургічна обробка рани з підготовкою до аутодермопластики і аутогрансплантація великого дефекту шкіри.



Рана до заживлення



Рана після заживлення

Одержано 30.09.2015 року.