

## АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ ГАНГРЕНОЮ СТОПИ

*В.П.Околець, О.С.Герасименко, О.О.Соломко*

**Одеса, Україна**

### **Вступ**

Діабетична стопа — клініко-морфологічний синдром, обумовлений розвитком прогресуючих змін ванатомічних структурах стопи, пов'язаних із цукровим діабетом, включаючи прояви полінейропатії, мікро- та макроангіопатії, остеоартропсію, на фоні яких розвиваються різні некротичні та гнійні ускладнення(1-4).

Проблема діабетичної стопи є дуже важливою причиною інвалідизації та летальності хворих на цукровий діабет.

Близько 10% хворих на цукровий діабет страждають від розвитку діабетичних виразок, 50% усіх нетравматичних ампутацій припадає на цих хворих.

Частота ампутацій у хворих на цукровий діабет в 15 разів більша, ніж у загальній популяції (1% хворих).

Ампутації є найбільш дорогими операціями, витрати на них і на реабілітацію становлять 25 млн доларів у США та 43 млн доларів у Швеції.

Лікування діабетичних виразок, а особливо ампутації потребують багато зусиль з боку лікарів та хворих і не завжди дають бажаний результат.

Тому особливо необхідно усвідомити важливість раннього лікування та запобігати розвитку ускладнень.

### **Матеріали та методи дослідження**

Контингент хворих у відділенні хірургічної інфекції ВМКЦ ПР за період з 2001 до 2011 р. був представлений головним чином пацієнтами з уже розвиненою діабетичною гангrenoю. Прооперовано 152 хворих віком від 47 до 91 року, середній вік — 69 років. Жінок було 19,8%, чоловіків — 80,2%.

Усі вони надійшли до стаціонару в стадії декомпенсації діабету(у 96% хворих був II тип). Середній рівень цукру становив  $15 \pm 1.4$

ммоль/л. Перед операцією хворим протягом 3-5 днів проводилось консервативне лікування. Воно складалося з дробного введення інсуліну, антибіотиків(сульфацел), антикоагулянтів, дезінтоксикаційної терапії, оксигенобаротерапії, обробки рани «Плазоном». Місцево застосували пов'язки з гіпертонічними розчинами, антисептиками, ферментами, фізіотерапією за призначенням.

Операції проводились під ендотрахеальним наркозом типовими методиками. Лікувальна тактика, включаючи хірургічне лікування, полягала у видаленні некротичних тканин, припиненні прогресування гнійно-некротичного процесу, максимально низькому рівні ампутації, корекції гомеостазу.

### *Результати дослідження та їх обговорення*

Оперовані хворі були поділені на дві групи. Першу групу становили 72 хворих (47,3%), некротичні зміни у яких обмежувалися одним чи двома пальцями.

Другу групу становили 80 пацієнтів (52%), у яких гангренозний процес розповсюджувався на всю стопу, а в деяких випадках — на ділянку гомілковостопного суглоба та нижню третину гомілки.

Враховуючи поставлені завдання, у 1 групі локальні операції вдалось виконати 56 (77,7%) хворим, з них 40 (55,5%) хворим виконано екзартикуляцію пальців, 16 (22,2%) — ампутацію некротизованого пальця за типом некректомії. Високу ампутацію стегна чи гомілки виконано 16 (22,2%) хворим, причому не було реампутації після невдалої локальної операції у зв'язку з прогресуванням гнійно-некротичного процесу.

У 2 групі хворих локальні операції виконано 8 (10%) хворим — в усіх випадках це була резекція дистальної третини стопи.

У 72 хворих є зв'язок з тяжким станом і діабетом, наявністю поліорганної недостатності та вологої, швидко прогресуючої гангрені. Цим хворим довелось виконати високі ампутації: 16 (22,2%) хворих — ампутації гомілки в середній третині, 20 (27,7%) — ампутації третини стегна, 32 (44,4%) — ампутації середньої третини стегна, 2 хворих — ампутації верхньої третини стегна (табл. 1).

Операцію вважали ефективною, якщо після неї зупинявся розвиток некрозів, вдавалось скоригувати діабет, а загоєння рани відбувалось без додаткових хірургічних втручань.

Результати операцій у 1 групі виявились ефективними в 77,7% випадків. У 22,2% випадків довелось виконати реампутації.

У 2 групі високі ампутації виявились ефективними в 95% випадків, у 5% довелось виконати екзартикуляції кукси стегна. Після локальних операцій середня кількість ліжко-днів становить 62 доби, а після високих ампутацій — 15 днів, тобто в 4 рази менше. Однак аналіз результатів операцій за критерієм летальності виявив інше співвідношення. Якщо після високих ампутацій померло 16 (20%) чоловік, то після локальних операцій цей показник становив 11%, тобто в 1,8 разу нижче.

*Таблиця 1*

**Результати операцій у хворих 1 та 2 груп**

Групи хворих	Кількість хворих	Локальні операції	Високі ампутації	Реампутації, %	Смертність	Кількість ліжко-днів
1 група	72	56	16	22,2	8 (11%)	62,3
2 група	80	8	72	5	16 (20%)	15

Простежуються віддалені результати оперативного лікування 112 хворих через 3 роки. У 2 групі (60 хворих) померло 15 пацієнтів, у 1 групі (52 особи) — 8 летальних випадків (у 2 рази менше).

**Висновки**

У хворих з діабетичною гангrenoю стопи з обмеженим розповсюдженням, у яких є можливість для досить тривалого і наполегливого лікування, віддається перевага локальним операціям.

Спроби виконати більш низькі ампутації у хворих із розповсюдженим некрозом часто закінчувались невдачами, повторними реампутаціями, продовженням термінів лікування.

У хворих з великими пошкодженнями і поліорганною недостатністю, особливо у малорухливих пацієнтів, віддається перевага первинно високій ампутації на рівні стегна чи гомілки.

**Література**

1. Хворостіна В.Н., Котова В.С., Лисікова С.І. Фактори ризику, діагностика і профілактика діабетичної стопи. — Харків, 2009.
2. Атанов Ю.П., Бутівщенко І.А., Ромашов Д.В. Нові технології в хірургії. — К.: АртГрафік, 2008.
3. Foot problem in patients with diabetes mellitus. Textbook of diabetes, second edited by John Pichup and Gareth Williams. — 2009.
4. Синдром діабетичної стопи / І.І. Дедов, М.Б. Анциферов, А.Ю. Токмакова, Г.Р. Галстян // Клініч. фармакологія і терапія. — 2008. — №3.