

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В.І.Ловга, С.Е.Терешенко

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Резюме. *В останні роки в світі відмічається зростання числа хворих на цукровий діабет. У соціальному плані синдром діабетичної стопи — одне з найдорожчих його ускладнень. Протягом 2008-2016 р.р. у відділенні гнійної хірургії знаходилося на лікуванні 217 таких хворих. Застосована нами схема лікування дозволяє зменшити кількість, а деколи і уникнути взагалі оперативних втручань, що призводять до інвалідності, а також дозволяє запобігти ампутаціям нижньої кінцівки на рівні стегна при ранньому зверненні. Застосована методика дозволила скоротити ліжко-день з 29 до 19.*

Ключові слова: *стопа діабетика, тактика лікування.*

Актуальність. В останні роки в світі відмічається зростання числа хворих на цукровий діабет (ЦД). Згідно даних статистичних досліджень ним страждає близько 4% населення [2,3,4,7]. Розповсюдженість виразок стоп серед хворих на ЦД становить 4-10% [1,5,6]. Приблизно 50% виразок після загоювання упродовж наступних 12 місяців рецидивують [1,7,8]. У зв'язку з цим у даної категорії пацієнтів можуть виникати різноманітні ускладнення. Найчастішим ускладненням є синдром діабетичної стопи (СДС) — інфекція, виразка та/або деструкція глибоких тканин, що пов'язані з неврологічними патологічними змінами, погіршенням магістрального кровообігу в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості та остеоартропатією (за визначенням ВООЗ) [2,3,5]. Ризик виникнення гангрені нижніх кінцівок у цих хворих у 20 разів вищий, ніж у загальній популяції [1,2,7].

Вступ. СДС переважає у хворих на 2-й тип ЦД [1,6,7]. Вирішальним для них є своєчасна діагностика захворювання. ЦД 2-го типу — хвороба, що застає людину найчастіше на схилі років [2,3]. Дана категорія пацієнтів має високий ризик розвитку СДС [5,6,7]. У світі кожен годину виконується 55 ампутацій нижніх кінцівок з приводу СДС. Тільки у США щорічно проводять близько 50 тис великих та малих ампутацій у хворих на ЦД, у Німеччині — понад 20 тис. [2,4,8] В Україні у 2006 р. було зареєстровано 7842 випадки гангрені нижніх кінцівок, серед яких 70% — у пацієнтів із ЦД 2-го типу [5,7]. Відсоток післяопераційних ускладнень також залишається високим (30-37%), а післяопераційна летальність досягає 9-26% [2,4,8]. У соціальному плані СДС — одне з найдорожчих ускладнень ЦД, що є головною причиною госпіталізації та інвалідності пацієнтів з цією хворобою [3,5,6].

Матеріали і методи. Нами проаналізовано результати лікування 217 хворих із СДС, що знаходились на лікуванні у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону протягом 2008-2016 років. На підставі аналізу було відібрано хворих, які поступали у відділення з трофічними виразками та гангренами пальців, і сформовано дві групи – основна та контрольна. Основну групу склали 40 хворих, у яких ми використовували адаптовану нами схему лікування. Контрольну групу склали 40 хворих, яких ми лікували її до застосування.

Пацієнтам обох груп було виконано наступні методи дослідження:

1. Фізикальні методи.
2. Лабораторні методи дослідження.
3. Мікробіологічне дослідження раневих виділень.
4. Рентгенологічне дослідження.
5. Доплер артерій нижніх кінцівок.
6. Консультації терапевта, ендокринолога, невропатолога.

Для проведення порівняльної оцінки в клінічних групах обрані наступні критерії:

- швидкість загоєння рани;
- об'єм проводимого оперативного втручання;
- кількість повторних операцій.

Хворі основної групи з першого дня отримували наступну консервативну терапію – антибактеріальна терапія (цефоперазон+сульбактам) довенно, внутрівене введення 10% або 20% розчину актовегіну – 250,0, берлітіону-600 – 24,0 на 200 мл фізрозчину, тівортін 4,2% - 100,0 та внутрішньом'язево - нейрорубін, армадін, підшкірно цибор або фраксипарин, перорально – предуктал, з подальшим переходом на пероральний прийом препаратів. В той час, як у хворих контрольної групи використовували актовегін або солкосерил в низьких концентраціях (40 мг/мл – 5,0) та берлітіон-300 в таблетках, антибактеріальну терапію проводили цефалоспоринами I-III покоління або фторхінолонами I-II генерації.

Результати дослідження і обговорення. При аналізі вікової характеристики відзначена перевага пацієнтів у віці 45-65 років, що склали в основній групі 76,8%, у контрольній – 81,2%, що підкреслює соціальну значимість проблеми. Як в основній, так й у контрольній групі співвідношення чоловіків і жінок близько 6:1.

Час від початку захворювання до госпіталізації в стаціонар в основній маси - хворих (64% хворих основної групи та 65% контрольної групи) склало від 5 до 15 діб. Основна маса пацієнтів, як основної, так і контрольної груп мала цукровий діабет II тип.

Всі хворі, незалежно від типу цукрового діабету, з метою корекції глікемії переводились на інсулін короткої дії, з ретельним етапним контролем рівня глікемії протягом доби. Основною умовою інсулінотерапії було досягнення рівня глікемії 7-10 ммоль/л. Згідно з результатами доплерографічного дослідження артерій нижніх кінцівок, у 45 % обох груп зниження кровообігу підколінної та гомілкових артерій складало більше 60%.

У 85% хворих обох груп основними проблемами, крім наявної місцевої картини, були різноманітні прояви порушення нервової провідності (печіння, оніміння, порушення чутливості та інші).

Хворим обох груп проводилось місцеве лікування із застосуванням сучасних антисептичних засобів.

При аналізі виявлено, що у 10 хворих основної групи лікування завершилось застосуванням консервативної терапії та місцевого лікування, в той час як всім хворим контрольної групи довелось проводити оперативні втручання. Оперативні втручання полягали у проведенні ампутації пальців та некректомії.

Враховуючи проводимо активну терапію, оперативні втручання у хворих основної групи проводили не раніше 3 доби з моменту поступлення у стаціонар. 8 хворим контрольної групи оперативні втручання виконувались в перші 2 доби.

В подальшому 12 (30%) хворому основної групи та 24 (60%) хворим контрольної групи проводились повторні оперативні втручання. В основній групі проводились етапні хірургічні обробки гнійних ран. В подальшому 1 хворому даної групи була виконана ампутація нижньої кінцівки на рівні стегна, 1 – на рівні гомілки. Дані оперативні втручання виконані у хворих, які звернулись за медичною допомогою через 15 діб з моменту початку захворювання.

Незважаючи на проводимі етапні хірургічні обробки у хворих контрольної групи некротичні процеси прогресували, у зв'язку з чим 9 хворим було виконано ампутацію нижньої кінцівки на рівні стегна, 6 – на рівні гомілки.

У пацієнтів основної групи в післяопераційному періоді відмічалось значне покращення метаболізму тканин стопи, що в меншій мірі відмічалось у хворих контрольної групи. Це супроводжувалося змінами наступних критеріїв – покращення оксигенації стопи, очищенням рани від гною і появою грануляцій в середньому на 4-6 днів раніше, стабілізацією некротичного процесу на стопі, переходом вологого типу гангрени в суху.

Тривалість стаціонарного лікування в основній групі склала в середньому 19 ліжко-днів, а в контрольній – 29.

Таким чином, оптимізація хірургічної тактики із застосуванням використаної методики, дозволила підвищити якість лікування даної категорії

хворих, у вигляді пришвидшеного переведення вологої в суху обмежену гангрену ділянок ступні, пришвидшеного загоєння трофічних ран після розширеної некректомії та «малих» ампутацій, виключення високих ампутацій нижніх кінцівок. Дана методика дозволяє також зменшити кількість, а деколи і уникнути взагалі оперативних втручань, що призводять до інвалідності, а також дозволяє запобігти ампутаціям нижньої кінцівки на рівні стегна при ранньому зверненні.

Висновки

1. Збереження функціонально активної кінцівки є одним з основних завдань у лікуванні гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок у хворих цукровим діабетом.

2. Комплексне лікування хворих з синдромом діабетичної стопи оптимізує окисно-відновні процеси в зоні ішемії, підвищує репаративний потенціал ран, сприяє обмеженню зон деструкції, що дозволяє виконувати оптимальні щадні оперативні втручання на стопі.

3. Застосована нами методика лікування діабетичної ступні сприяє суттєвому зниженню частоти виконання високих ампутацій нижніх кінцівок, збереженню їх опорної функції в 98% спостережень та зменшенню інвалідизації, що позитивно впливає на клінічний та економічний ефекти лікування.

Література

1. Наказ МОЗ України № 356 від 22.05.2009 р.
2. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Хохлов А.М. Хирургическое лечение диабетической остеоартропатии, осложненной гнойно-некротическими поражениями стоп // Хирургия.-1999.-№8.-с.40-44.
3. Заремба В.С. Алгоритм діагностики, прогностичної оцінки та лікування синдрому діабетичної стопи // Хірургія України. — 2009. — № 2(30). — С. 39-43.
4. Земляной А.Б., Пальцин А.А., Светухин А.М. и др. Обоснование и варианты тактики комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм “диабетической стопы “ // Хирургия.-1999.-№10.-с.44-48.
5. Ларін О.С., Горобейко М.Б., Таран Є.В. Організація подіатричної допомоги та профілактика розвитку синдрому діабетичної стопи // Здоров'я України. — 2007. — № 22(1). — С. 69-71.
6. Ляпіс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. — Тернопіль: Укрмедкнига. — 2001. — 276 с.
7. Паньків В.І. Класифікація, діагностика і сучасні підходи до лікування діабетичної поліневропатії // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2008. — С. 59-62.

8. Anaya D., McMahon K., Nathens A. et al. Predictors of mortality and limb loss in necrotizing soft tissue infections. Arch Surg 2005; 140: 2: 151-157.

Резюме. *В последние годы в мире отмечается рост числа больных сахарным диабетом. В социальном плане синдром диабетической стопы - одно из самых дорогих его осложнений. В течении 2008-2016 г.г. в отделении гнойной хирургии находилось на лечении 217 таких больных. Примененная нами схема лечения позволяет уменьшить количество, а порой и вообще избежать оперативных вмешательств, приводящих к инвалидности, а также позволяет предотвратить ампутации нижней конечности на уровне бедра при раннем обращении. Использованная методика позволила сократить койко-день с 29 до 19.*

Ключевые слова: *стопа диабетика, тактика лечения.*

Summary. *In recent years, there has been an increase in the number of patients with diabetes in the world. . Socially, the diabetic foot syndrome is one of its most expensive complications. During 2008-2016, In the purulent surgery department, 217 such patients were treated. The treatment scheme used by us allows to reduce the number and sometimes to avoid general surgical interventions leading to disability, as well as to prevent lower limb amputations at the hip level at early treatment. The method used allowed to reduce the bed-day from 29 to 19.*

Key words: *diabetic foot, treatment tactics.*