

страви, продуктів, які сприяють бродінню, здуттю та зашлакованості кишечника (виноград, соки, молоко, здобу, солодощі) протягом 2-3 місяців, надалі раціон поступово розширюють і збільшують;

– протягом першого місяця проведення розсмоктувальної терапії (електрофорезу, діадинамічних струмів) із можливим повторним курсом через шість місяців;

– відвідування кабінету ЛФК, лікувальну гімнастику, спрямовану на укріплення черевного преса, підняття тону мускулатури порожнистих органів для покращення в них мікроциркуляції;

– регулярний огляд у лікуючого лікаря протягом першого року відповідно до диспансерної групи;

– проведення курортно-санаторного лікування, особливо у хворих із супутньою патологією, в санаторіях гастроентерологічного профілю (Моршин, Трускавець, Миргород та ін.).

ВИСНОВКИ 1. Реабілітаційні заходи повинні починатися під час операції, продовжуватися в ранньому після-

операційному періоді та після виписування із стаціонару.

2. Створення повноцінних реабілітаційних заходів сприяє зменшенню інвалідизації та кількості повторних операцій у пацієнтів, оперованих на органах черевно-порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дикий О.Г. Спайкова хвороба очеревини: проблема, етіологія, патогенез / О.Г.Дикий // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 4. – С. 83-90.

2. Индивидуальный прогноз тяжести течения послеоперационного периода и исхода распространенного перитонита / Л.А. Лаберко, Н.А. Кузнецов // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 29-33.

3. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита / К.В. Костюченко // Вестник хирургии. – 2004. – № 3. – С. 40-43.

4. Черний В.И. Нарушения иммунитета при критических состояниях: особенности диагностики / В.И. Черний, А.Н. Нестеренко // Справочник специалиста. – 2008. – № 12(248). С. 10-15.

5. Бенедикт В.В. Гострый поширенный перитонит. Деякі аспекти прогнозування перебігу і лікування / В.В. Бенедикт // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 84-89.

УДК 617.586:616.379-008.64

Шідловський В.О., Герасимчук П.О., Романів І.Б.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНО СТОПИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНО СТОПИ – У статті наведено ретроспективний аналіз 320 історій хвороб хворих на ЦД із СДС з метою вивчення стану надання хірургічно допомоги пацієнтам із СДС в регіоні. Встановлено закономірності та передумови прогресування СДС, вказані шляхи покращення медично допомоги цим хворим.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – В статье приведен ретроспективный анализ 320 историй болезней больных СД с СДС с целью изучения состояния оказания хирургической помощи пациентам с СДС в регионе. Установлены закономерности и предпосылки прогрессирования СДС, указаны пути улучшения медицинской помощи этим больным.

PROBLEMATIC QUESTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME – There have been analysed 320 case histories of the patients with diabetes mellitus complicated by diabetic foot syndrome. There were with the purpose to study the state of surgical help to patient with diabetic foot syndrome in the region established the patterns and assumptions of diabetic foot syndrome progression, indicated the ways of improving the surgical care for such patients.

Ключові слова: хворі на цукровий діабет (ЦД), синдром діабетично стопи (СДС).

Ключевые слова: больные на сахарный диабет (СД), синдром диабетической стопы (СДС).

Key words: patients with diabetes mellitus, diabetic foot syndrome.

ВСТУП Відомо, що захворюваність на цукровий діабет (ЦД) в проміслових розвинених країнах складає 1,5-4 % від загальної популяції, а у віковій групі старше 50 років – 7-9 %. Окрім того, кількість хворих збільшується щорічно на 5-7 % і на даний час сягає 100 млн осіб, а до 2020 року ця цифра наблизиться до 250 млн. На даний час, кількість хворих на ЦД в Україні сягає понад 900 тис. чоловік [3].

За даними ВООЗ, приблизно у 5 % хворих на ЦД є ураження стоп, що проявляється синдромом “діабетично стопи” (СДС). Зазначена патологія у 3 % випадків є причиною високих ампутацій нижніх кінцівок, яких в Україні кожного року виконується понад 30 тис. Саме розвиток гнійно-некротичних уражень або гангрен нижніх кінцівок є безпосередньою причиною смерті у 20-50 % пацієнтів із СДС [1, 2].

Тривалість госпіталізації хворих з гнійно-некротичними ураженнями стоп на фоні ЦД складає в середньому 86-91 ліжко-день, що на 47 % перевищує тривалість госпіталізації, пов’язано з іншими ускладненнями діабету [5, 6, 8].

Проблема ЦД визначається як медико-соціальна не лише в Україні, але й в усьому світі. Лише динамічне спостереження та надання кваліфікованої допомоги в профілактиці розвитку гнійно-некротичних процесів на стопах дозволяє зменшити кількість ампутацій нижніх кінцівок з 68 % до 21 % [8].

Зважаючи на актуальність вищевикладеного, метою нашого дослідження стало вивчення стану надання хірургічно допомоги пацієнтам із СДС у Тернопільській області.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми проаналізували історії хвороб 320 хворих на ЦД із СДС, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці загальної хірургії Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського з 2005 по 2009 роки. Серед них було 86 хворих на інсулінозалежний діабет (I тип) та 234 хворих на інсулінонезалежний (II тип), з тривалістю захворювання від 6 місяців до 27 років. За статевою ознакою пацієнти поділялись наступним чином – 188 чоловіків та 132 жінки, віком від 18 до 84 років. При цьому, ЦД легкого ступеня відмічено у 48 хворих, середньо тяжкості – у 166, тяжкого – у 106 пацієнтів. До стаціонару в стадії компенсації ЦД прийнято 28 пацієнтів, субкомпенсації – 160 та декомпенсації – 132 пацієнти. Невропатично-інфіковану форму ураження стопи діагностовано у 172 хворих, ішемічно-гангренозну – у 80, змішану – у 8 хворих. За глибиною ураження (за Вагнером) розподіл хворих із СДС відбувся наступним чином: II ст. – 22, III ст. – 153, IV ст. – 105, V ст. – 40 хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Вивчення отриманих результатів поставило цілий ряд медичних, етичних, соціальних та фінансових проблем, вирішення яких дозволить значною мірою покращити результати лікування хворих із СДС, зокрема зменшити в подальшому кількість високих ампутацій нижніх кінцівок в даній категорії хворих.

Ми виявили, що СДС виникав переважно у пацієнтів з низьким соціальним статусом (240 хворих) на тлі відсутності кваліфіковано медичної допомоги та санітарно-просвітницької роботи. Так, майже 57 % хворих не мали про ЦД ніякої інформації, а 31 % – лише часткову. На нашу думку, причинами розвитку некротичних процесів на стопах у проаналізованих випадках були наступні: недотримання гігієнічних основ догляду за нижніми кінцівками при ЦД, епізодичне відвідування ендокринолога, відсутність лікування ЦД як основного захворювання або самолікування із самостійним визначенням режиму інсулінотерапі. Тільки 15 % пацієнтів дотримувалися рекомендованого лікарем режиму інсулінотерапі.

Виявлено, що у більшості хворих (69 %), навіть при відвідуванні ендокринолога не проводився огляд нижніх кінцівок, а у хірурга хворі консультувалися лише у випадках розвитку трофічних виразок або гнійно-некротичних процесів. Згідно з дослідженням М.Б. Анциферова і співав. (1996), при такому підході до хворих із СДС більше 2/3 пацієнтів залишаються поза сферою первинно лікувальної та профілактичної допомоги [1].

Світова криза не залишила осторонь і медичну галузь, що найперше відобразилося на категорії незахищених верств населення, позбавивши їх можливості адекватного лікування основного захворювання або значно обмеживши його. Як правило, це люди старшого та похилого віку, інваліди I-II груп. Гнійно-некротичні ураження нижніх кінцівок у них супроводжувалися розвитком декомпенсації ЦД, що спричиняло поширення процесу, і, в свою чергу, вимагало більш тривалого лікування, яке часто завершувалося низькою, а то і високою ампутацією нижньої кінцівки.

Ретроспективний аналіз історій хвороб виявив типові помилки у веденні хворих, які можна розділити на три основні групи: організаційні, діагностичні та тактичні.

Організаційні помилки полягають в тому, що в багатьох випадках хворі лікуються в амбулаторних умовах, що приводить до неконтрольованого прогресування процесу. При госпіталізації ці пацієнти потрапляють в хірургічні відділення загального профілю, де часто відсутні підготовлені відповідним чином спеціалісти. Згадані помилки відмітили ми у 59 % випадків госпіталізації хворих з районних та міських лікарень.

Виявлено, що 154 хворих (48 %) лікувалися в амбулаторних умовах без належного контролю за перебігом патологічного процесу як зі сторони лікаря, так і зі сторони самого пацієнта, а 70 хворих (22 %) знаходилися на стаціонарному лікуванні в умовах районних лікарень; 92 пацієнти (29 %) взагалі не зверталися за медичною допомогою і займалися самолікуванням. У всіх вказаних випадках (92 %) було виявлено III-V ступінь ураження нижніх кінцівок.

Найбільш типовими діагностичними помилками ми вважаємо недостатню кваліфіковану діагностику клінічних форм СДС та розповсюдженості гнійно-некротичного ураження м'яких тканин. Так, у 71 % випадків при направленні хворих в клініку був відсутній правильно встановлений діагноз, що вказує на недостатню підготовку хірургів із даної проблеми, що, в свою чергу, призводить до тактичних помилок у комплексному лікуванні – як консервативному, так і хірургічному.

Лікуючим лікарем досить часто не враховується асоціативний характер мікрофлори у вогнищі ураження, який включає в себе аеробні, так і анаеробні неспороутворюючі мікроорганізми, наявність яких константована у 82 % хворих; не беруться до уваги особливості перебігу гнійних процесів на тлі ЦД і хворі ведуть за рутинними принципами гнійно-хірургі. Це, в свою чергу, і викликає тактичні помилки, найтипівшими серед яких є: неправильний вибір патогенетичних схем комплексно консервативної терапі (13 %), відстрочення термінів хірургічного втручання (25 %), неадекватна обробка патологічного вогнища

(37 %), неправильний вибір методу анестезіологічного забезпечення (21 %).

На нашу думку, принаймні у 23 % випадків, за умов адекватного лікування, можна було б запобігти інвалідизуючих хірургічних втручань.

В умовах сучасно світової економічної кризи неабияке значення мають і фінансові сторони вирішення даної проблеми. На жаль, сьогодні основний тягар медикаментозного забезпечення пацієнта лягає на самого пацієнта та його сім'ю. Термін перебування хворого в стаціонарі залежить від форми та глибини ураження процесу, від 21 до 90 днів. Зрозуміло, що в цих умовах більше надії на задовільні результати мають пацієнти з більш захищених соціальних груп. Але переважання серед хворих зі СДС пацієнтів похилого та старечого віку, а також інвалідів, не дозволяє в таких умовах сподіватися на значне поліпшення результатів лікування та зменшення кількості ампутацій нижніх кінцівок.

Як показав наш клінічний досвід, урахування та ліквідація вищенаведених недоліків дозволяє значно покращити результати лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок на тлі ЦД. При умові своєчасно госпіталізації, адекватно забезпеченості лікарськими засобами, застосування комплексних схем патогенетично консервативної терапі та вибору тактики оперативного лікування, в багатьох випадках вдалося запобігти ампутації нижніх кінцівок.

Так, у хворих з невропатично-інфікованою формою СДС ми не виконали жодної високої ампутації нижніх кінцівок на рівні гомілки або стегна. У 53 хворих об'єм хірургічного втручання обмежився обробкою гнійно-некротичного вогнища, у 80 хворих проведено ампутацію одного або декількох пальців, у 39 – тарзометатарзальну ампутацію стопи. Але головне, що у всіх випадках вдалося зберегти опорну функцію кінцівки та запобігти інвалідизації хворого. Причому, як показують динамічні спостереження, відмічено задовільні результати лікування впродовж 1-4 років після оперативного втручання.

У групі з ішемічно-гангренозною формою СДС результати лікування були дещо гірші: 23 хворим виконано високу ампутацію кінцівки, 57 – малі ампутації стопи із задовільними результатами впродовж 1-3 років. Це певною мірою зумовлено особливостями перебігу даної форми СДС та розвитком критично ішемії кінцівок на ґрунті макроангіопатії.

Результати лікування пацієнтів із змішаною формою СДС залежали від переважаючого патогенетичного фактора в кожному конкретному випадку – ангіопатії чи нейропатії.

Обрана нами тактика дозволила значно покращити результати лікування, а саме зменшити кількість високих ампутацій нижніх кінцівок з 28,2 % до 13,2 %, та зменшити терміни перебування хворих на стаціонарному лікуванні в середньому до 42 днів.

Ще однією важливою проблемою, яка потребує свого негайного вирішення на даний час, є виготовлення ортопедичного взуття та протезування хворих, що перенесли ампутацію на рівні стопи, гомілки або стегна, або страждають від трофічних виразок стопи. Практично жоден з обстежених хворих не користується ортопедичним взуттям або протезами.

ВИСНОВКИ Отже, враховуючи вищенаведене та важливе медико-соціальне значення ЦД, а саме СДС, ми вважаємо за необхідне:

- роботу всіх лікувальних закладів спрямувати на профілактику розвитку СДС шляхом активного динамічного спостереження за хворими на ЦД;
- створити та впровадити програми медико-соціально та медико-психологічно реабілітації хворих на ЦД з ураженнями нижніх кінцівок;
- оптимізувати наявні комплексні патогенетичні схеми консервативної терапі СДС та хірургічних втручань

при ньому залежно від виду та форми ураження нижніх кінцівок;

– покращити роботу подіатричних кабінетів при районних, міських та обласних поліклініках для динамічного спостереження за хворими на ЦД;

– організувати систему спеціалізованих хірургічних підрозділів для лікування СДС;

– оптимізувати роботу шкіл для хворих на ЦД при подіатричних та ендокринологічних кабінетах, в яких навчати відповідному способу життя, профілактиці та лікуванню ускладнень ЦД, зокрема догляду за нижніми кінцівками;

– забезпечити створення, оснащення та розвиток протезних кабінетів та цехів з метою протезування хворих із синдромом діабетично стопи;

– покращити підготовку відповідних фахівців середньо та вищо ланки ендокринологічного, хірургічного та ортопедичного профілів для надання кваліфікованої допомоги вказаній групі хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анциферов М.Б., Плаунов Н.Ф., Чехирнина В.В., Дедов И.И. Организация специализированной медицинской помощи больным с синдромом диабетической стопы в г. Москве // Труды научно-практической конф. "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики пораженной нижней конечности у больных сахарным диабетом". – Москва, 1996. – С. 10-15.

2. ВОЗ. Доклад комитета экспертов ВОЗ по сахарному диабету: Пер. с англ. – М., 1987. – С. 32-74.

3. Кравченко В.А., Литовченко Н.Л. Эпидемиология эндокринной патологии в Украине // Диабетик. – 1997. – № 3-4. – С. 34-38.

4. Трусова Н.В., Аметов А.С., Мурашко Л.Е., Казей Н.С. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, показатели гормонального баланса и липидного обмена // Русский мед. журнал. – 1996. – Т. 6, № 12. – С. 12-21.

5. Бенсман В.М., Галенко-Ярошевский П.А., Мехта С.К., Триандафилос К.В. Предотвращение ампутаций конечности у больных с осложнением "диабетической стопы" // Хирургия. – 1999. – № 10. – С. 49-52.

6. Грубник В.В., Филипенко А.С., Анципович Е.А. Современный подход к лечению осложненной диабетической ангиопатии нижних конечностей // Клин. хирургия. – 2000. – № 7. – С. 11-13.

7. Ляпис М.О., Герасимчук П.О. Критері диференційованого підходу до лікування синдрому стопи діабетика // Матеріали XIX з'їзду хірургів України. – Харків, 2000. – С. 283-284.

8. Диференційований підхід до хірургічного лікування синдрому діабетично стопи / М.О. Ляпис, П.О. Герасимчук, Р.Я. Кушнір, Ю.М. Герасимець // Клін. хірургія. – 2001. – № 7. – С. 40-42.

9. Ляпис М.О., Герасимчук П.О. Обґрунтування раннього застосування аутодермопластики в лікуванні ран у хворих з синдромом діабетично стопи // Клін. хірургія. – 2001. – № 8. – С. 30-32.

10. Герасимчук П.О. Шляхи покращення результатів хірургічного лікування синдрому стопи діабетика // Шпитальна хірургія. – 2002. – № 1. – С. 21-23.

11. Герасимчук П.О. Можливості запобігання високо ампутації при нейропатично-інфікованій формі синдрому стопи діабетика // Шпитальна хірургія. – 2002. – № 2. – С. 38-40.

12. Бубнова Н.А., Супрун К.С., Шатиль М.А., Будылев А.С. Лечение синдрома диабетической стопы в условиях многопрофильного стационара // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 11. – Вып. 4. – С. 119-124.

13. Дубошина Т.Б., Яйлаханян К.С. Лечение больных с синдромом диабетической стопы в хирургической клинике // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 302-304.

Мазур Л.П., Мазур О.П., Мартинюк Л.П., Смачило І.В., Наумова Л.В., Пташкіна Л.В., Крикун С.С., Федчук М.А.

КОРЕКЦІЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ГЕПАТОЗ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Дія при цукровому діабеті (ЦД) 2 типу таких факторів, як гіперглікемія, порушення продукції чи активності інсуліну, активація ПОЛ та системного запального процесу зумовлюють порушення обміну та структури ліпідів, що в свою чергу сприяє розвитку гепатозу. Оскільки у печінці відбуваються основні процеси ліпідного обміну, прогресування ураження підтримує зміни обміну жирів, обтяжуючи тим самим перебіг основного захворювання. Ураження печінки діагностують у 66-75 % хворих на ЦД.

Мета: вивчити ефективність корекції кверцетином морфофункціонального стану печінки у хворих на ЦД 2 типу, поєднаний із гепатозом.

Показники функціонально активності печінки досліджено у 32 хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, серед них 16 чоловіків і 16 жінок. Середній вік обстежених хворих становив (56,9±2,7) років, тривалість захворювання – (14,5±4,1) років. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб-донорів.

Структурно-функціональні зміни печінки оцінювали за даними фізикального обстеження та ультразвукового дослідження печінки. Вивчали концентрацію лабораторних маркерів функціонально здатності печінки – загального, прямого та непрямого білірубину, аспартатамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ), лужно фосфатази (ЛФ) та γ -глутамілтранспептидази (γ -ГТП) за загальноприйнятими методиками.

Обстежені отримували стандартне лікування, яке включало гіпоглікемічні засоби (пероральні цукрознижуючі пре-

парати чи інсулін), α -ліпоєву кислоту, пентоксифілін, вітаміни групи В та Е. Окрім того, всім хворим було призначено гранульований кверцетин по 2 г 3 рази на добу протягом 30 днів.

Усі обстеження проводилися до, після місячного курсу лікування кверцетином та через 6 місяців.

Суб'єктивні ознаки ураження печінки проявилися больовим синдромом (біль у правому підребер'ї) в 23 хворих (71,8 %), диспепсичним синдромом – в 29 (90,6 %), астено-вегетативним – в 25 (78,1 %). Об'єктивними проявами стеатогепатиту були гепатомегалія (клініко-інструментально) – в 32 хворих (100,0 %), болючості при пальпації та ущільнення консистенції печінки (відповідно у 20 (62,5 %) і 25 (78,1 %) обстежених.

У вихідному стані в обстежених хворих виявлено достовірне порівняно із контрольною групою зростання рівнів загального білірубину до (26,09±1,31) мкмоль/л за рахунок прямого (6,81±0,29) і непрямого (19,28±0,93), γ -ГТП до (0,77±0,03) мкмоль/л та ЛФ до (2,36±0,07) мкмоль/л, що свідчило про розвиток у них вираженого холестатичного синдрому. Помірно виражений синдром цитолізу характеризувався зростанням концентрації АсАТ до (0,82±0,04) і АлАТ до (0,86±0,05) ммоль/(л·год).

Після місячного курсу комплексно терапі з кверцетином було виявлено достовірну позитивну динаміку як суб'єктивних, так і об'єктивних ознак стеатогепатиту. Так, частота больового синдрому зменшилась на 65,5 %, він спостерігався у 2 хворих (6,3 %), диспепсичного – на 78,1 % і