

УДК 616.379-008.64:617.586

© В.І. Ловга, О.І. Корзун, 2011.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В.І. Ловга, О.І. Корзун

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів.

EXPERIENCE TREATMENT WITH DIABETIC FOOT

V.I. Lovga, O.I. Korzun

SUMMARY

This paper presents the experience of treating 137 patients with diabetic foot syndrome complicated by purulent surgical infection. The questions i drug prompt treatment. The applied method of combined treatment reduced the number of repeat surgeries by 30%. The results obtained allow to consider a comprehensive approach to treatment of patients with diabetic foot syndrome with the most effective medical, functional and cosmetic point of view nowadays.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.И. Ловга, А.И. Корзун

РЕЗЮМЕ

В работе представлен опыт лечения 137 больных с синдромом диабетической стопы, осложненного гнойной хирургической инфекцией. Рассматриваются вопросы медикаментозного и оперативного лечения. Примененная методика комплексного лечения больных позволила сократить количество повторных оперативных вмешательств на 30%. Полученные результаты позволяют считать комплексный подход к лечению больных с синдромом диабетической стопы наиболее эффективным с медицинской, функциональной и косметической точки зрения в современных условиях.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, гнійна рана, медикаментозне і хірургічне лікування.

Синдром діабетичної стопи (СДС) — це специфічний симптомокомплекс ураження стоп при цукровому діабеті (ЦД), основою патогенезу якого є діабетичні мікро-, макроангіопатії, периферична нейропатія нижніх кінцівок та остеоартропатія. Ці процеси розвиваються паралельно, взаємно обтяжуючи один одного, з приєднанням тяжких гнійно-некротичних уражень, які характеризуються особливим складом мікрофлори і перебігають на фоні глибоких обмінних порушень та імуносупресії [1,7].

Синдром діабетичної стопи є одним із найбільш частих та тяжких ускладнень ЦД. Цей синдром ускладнює перебіг ЦД майже у 25% пацієнтів. Ризик виникнення гангрени нижніх кінцівок у цих хворих у 20 разів вищий, ніж у загальній популяції [2,5,9].

У світі кожен рік 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. В Україні у 2006 р. було зареєстровано 7842 випадки гангрени нижніх кінцівок, серед яких 70% — у пацієнтів із ЦД 2-го типу [8]. Відсоток післяопераційних ускладнень також залишається високим (30-37%), а післяопераційна летальність досягає 9-26% [2,3]. У соціальному плані СДС — одне з найдорожчих уск-

ладнень ЦД, що є головною причиною госпіталізації та інвалідності пацієнтів з цією хворобою [4,6].

Метою даного дослідження було визначення вибору оптимальної тактики лікування у хворих із синдромом діабетичної стопи.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 137 хворих з синдромом діабетичної стопи, які перебували на лікуванні у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону протягом 2005-2010 років. Всіх хворих було розділено на дві групи. Основну групу склали 70 хворих, у комплексному лікуванні яких застосовувались актовегін та альфа-ліпоева кислота (берлітрон) у високих концентраціях. Групу порівняння склали 67 пацієнтів з аналогічними ураженнями, у лікуванні яких високі концентрації цих препаратів не використовувались.

Пацієнтам здійснено наступні методи дослідження:

1. Фізикальні методи.
2. Лабораторні методи дослідження.
3. Мікробіологічне дослідження раневих виділень.
4. Рентгенологічне дослідження.

5. Дослідження регіонарного кровотоку та мікроциркуляції.

6. Дослідження периферичної сенсомоторної інервації.

7. При потребі проводили консультації терапевта, ендокринолога.

Динаміку плину гнійно-некротичного процесу на стопі оцінювали за клінічними ознаками та даними мікробіологічного дослідження, які виконували на 1-у, 6-у, 10-у доби лікування й далі при необхідності не рідше 1-го разу в тиждень. Для проведення порівняльної оцінки в клінічних групах обрані наступні критерії:

- зміна швидкості загоєння рани;
- зміна якості життя пацієнта (по класифікації американського товариства терапевтів, 2003);
- об'єм проводимого оперативного втручання
- кількість повторних операцій.

Хворим основної групи в комплекс лікування було включено внутрішньовенне введення 20% розчину актовегіну – 250,0, берлігіону-600 – 24,0 на 200 мл фізрозчину та внутрішньом'язево - нейрорубін, армадін. В той час, як у хворих контрольної групи використовували актовегін або солкосерил в низьких концентраціях (40 мг/мл – 5,0) та берлігіон-300 в таблетках.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ 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 до 6:1.

Час від початку захворювання до госпіталізації в стаціонар в основній маси - хворих (36 - 64% хворих основної групи та 52 - 65% контрольної групи) склало від 10 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 інсуліно-терапії 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%.

Хворим обох груп проводилося традиційне лікування: хірургічна обробка гнійного вогнища по всій довжині рани, некретомія, санація рани розчинами антисептиків та її дренивання. Перев'язки робили 1 раз у добу з використанням антисептиків (бетадин, декасан, хлоргексидин) і мазей на поліетиленгліколевій основі (левомеколь, левосин, офлокаїн).

В подальшому проводилась антибактеріальна терапія хворим основної та контрольної груп. Лікування починали з антибактеріальних препаратів чутливих до збудників даної патології за результатами мікробіологічного моніторингу хворих відділення гнійної хірургії: цефалоспорины (цефазолін, цефтріаксон, цефатоксим), пеніциліни, захищені інгібітором в-лактамаз (амоксиклав), фторхінолони (левофлоксацин, гатіфлоксацин).

В подальшому 21 (30%) хворому основної групи та 40 (60%) хворим контрольної групи проводились повторні оперативні втручання. В основній групі проводились етапні хірургічні обробки гнійних ран. В подальшому 2 хворим даної групи була виконана ампутація нижньої кінцівки на рівні стегна, 2 – на рівні гомілки, 12 були виконані ампутації пальців.

Незважаючи на проводимі етапні хірургічні обробки у хворих контрольної групи некротичні процеси прогресували, у зв'язку з чим 15 хворим було виконано ампутацію нижньої кінцівки на рівні стегна, 6 – на рівні гомілки, 19 були виконані ампутації пальців ступні.

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, зменшення бактеріального обсіменіння рани в два рази протягом тижня, 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.

Клінічні групи	Характер грануляційної тканини		Якість життя	
	7-ма доба	14-та доба	7-ма доба	14-та доба
Основна	в'яла	виражена	“задовільно”	“добре”
Порівняльна	відсутня	в'яла	“задовільно”	“задовільно”

На фоні застосованого лікування істотно змінилася і якість життя пацієнтів. Більше 60% хворих основної групи на 10-у добу від початку лікування відзначили зникнення болей в ділянці ран й оцінили якість життя оцінкою «добре».

Застосована методика комплексного лікування хворих із синдромом діабетичної стопи дозволила

скоротити кількість повторних оперативних втручань на 30%.

Тривалість стаціонарного лікування в основній групі склала в середньому 22 ліжко-днів, а в контрольній – 34.

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.

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 комплексного лікування ускладнених форм діабетичної ступні сприяє суттєвому зниженню частоти виконання високих ампутацій нижніх кінцівок, збереженню їх опорної функції в 98% спостережень та зменшенню інвалідизації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бокарев И.Н., Великов Б.К., Шубина О.И. Сахарный диабет: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 400 с.
2. Грубник В.В., Русевич Т.С., Анцыпович Е.А., Пилипенко А.С. Современные подходы к лечению больных с синдромом диабетической стопы: Киев, 2002. – 70 с.
3. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа // М.: Практическая медицина, 2005. – 197 с.
4. Избранный курс лекций по гнойной хирургии (Под ред. В.Д. Федорова, А.М. Светухина). -М.: «Миклош», 2007. - 364 с.
5. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. Основы клинической хирургии. - М.: Лист Нью, 2006. - 234 с.
6. Международное соглашение по диабетической стопе. Составлено Международной рабочей группой по диабетической стопе. -М.:Берег, 2000. - С. 96.
7. Тронько Н.Д. Государственная комплексная программа «Сахарный диабет» // Доктор. – 2003. - №5. – С. 9-12.
8. Boulton A.J.M. International collaboration on the diabetic foot: a 15-year progress report // Diabet. Metab. Res. Rev. – 2004. – Vol. 20, suppl. 1. – P. 2-3.
9. International Consensus for Wound healing and treatments for people with diabetic foot ulcers. – Diabetes Metab Res Rev 2007; 20 (supl 1):S78-89.