

В.В. Іващенко, А.В. Іващенко

ЧИ Є КЛАСИФІКАЦІЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ НА ЗАСАДАХ "МІЖНАРОДНОЇ УГОДИ" КРОКОМ ДО ПОЛІПШЕННЯ НАСЛІДКІВ ЙОГО ЛІКУВАННЯ?

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Донецьк

Кількість хворих із цукровим діабетом (ЦД), госпіталізованих до хірургічного стаціонару з приводу гнійно-некротичних уражень тканин нижніх кінцівок (ГНУТНК), неухильно зростає. Із загальної кількості пацієнтів, яким виконують нетравматичну ампутацію нижніх кінцівок, 50-70% складають хворі на ЦД, а високу ампутацію з приводу ГНУТНК виконують у 45-52% випадків [1]. За матеріалами І з'їзду судинних хірургів України (Київ, 2006), щорічно в Україні виконується понад 7000 високих ампутацій кінцівок! Тому природним є широке висвітлення в літературі проблем удосконалення методів діагностики та лікування синдрому діабетичної стопи (СДС), яким присвячено численні науково-практичні форуми як республіканського, так і міжнародного рівнів. Проте незважаючи на таку підвищену увагу до проблеми, розробку численних методів лікування, досягти рішучих успіхів у поліпшенні наслідків лікування не вдається, а розбіжності результатів лікування СДС просто вражають: частота ампутацій нижніх кінцівок коливається від 7% до 38%, а летальності — від 4,1% до 61,4% [2-4].

Виникає питання, чому попри значні досягнення науки не вдається отримати суттєвого поліпшення результатів лікування СДС? Вивчаючи понад 20 років проблему хірургічного лікування СДС і маючи досвід лікування 2050 хворих на ЦД із ГНУТНК, ми дійшли висновку, що основною причиною такого стану справ є відсутність загальноновизнаної, дійсно працюючої класифікації синдрому. І наразі існує термінологічна невизначеність у констатації уражень тканин нижніх кінцівок у хворих на ЦД, починаючи від СДС, діабетичної ангіопатії НК до критичної ішемії, що не сприяє вдосконаленню тактичних підходів. Невипадково 1989-1991 роками було сформульовано основні положення "Міжнародної угоди з діабетичної стопи", за якою поняття СДС об'єднує патологічні зміни периферичної нервової системи, артеріального та мікроциркуляторного русла кінцівки, ознаки артропатії, що є безпосередньою причиною виникнення виразково-некротичних змін і гангрені стопи. Відповідно до цієї угоди розрізняють нейропатично-інфіковану стопу, ішемічно-гангренозну та змішані форми, а місцеві зміни класифікують за Wagner (1987).

Отже, ішемічно-гангренозна форма СДС — це спроба об'єднати оклюзійне ураження магістральних артерій кінцівок (атеросклеротичного, тромботичного, емболічного та іншого генезу) і специфічне діабетичне ураження мікроциркуляторного русла, що супроводжують ЦД. Хоча й не випадково у 50% хворих із вперше діагностованим ЦД виявляють оклюзійне ураження магістральних судин нижніх кінцівок. Натомість за цією класифікацією клінічно нейропатично-інфікована стопа часто передбачає її виразкове ураження зі збереженням магістрального кровообігу в кінцівці та відсутністю болю в ній (внаслідок досить частоті супутньої нейропатії). Проте за облітеруючого атеросклерозу без ЦД утворення виразки завжди супроводжується досить інтенсивним болем і в абсолютній більшості спостережень відповідає ішемії кінцівки III-IV ступеня за Fontaine (1959). Наприклад, до якої групи за міжнародною класифікацією включити хворого, госпіталізованого з приводу гангрені 1-го пальця, за тривалості захворювання 3 доби зі збереженою пульсацією на артеріях стопи і вперше виявленим ЦД?

Ми проаналізували наслідки лікування хворих на СДС за даними публікацій провідних медичних видань за період 2000-2007 роки, де тактичні підходи формувалися на підставі Міжнародної угоди, та не визначили жодних суттєвих відмінностей (ті ж рівні та розбіжності у показниках летальності та інвалідності) від тих, що визначалися більшістю авторів наприкінці ХХ сторіччя перед прийняттям угоди.

Проведені нами численні клініко-функціональні та морфологічні дослідження за період 1993-2006 роки показали, що немає підстав для розглядання супутнього атеросклеротичного оклюзійного ураження артеріальних судин нижніх кінцівок у хворих на ЦД як прояву діабетичної макроангіопатії, а це два самостійних захворювання. Специфічним для ЦД ураженням магістральних артерій, яке досить важко визначати за допомогою ангіографічного дослідження, але яке суттєво погіршує наслідки реконструктивно-відновлювальних втручань, є осередковий і циркулярний медіакальциноз. Нами вперше на світлооптичному рівні виявлено мікроциркуляторні зміни в біоптатах шкіри у хворих на ЦД, які з'являються на IV стадії процесу (Патент України

№ 22395 А від 12.05.1997р.). На жаль, визначити на підставі вивчення анамнезу дійсну тривалість перебігу ЦД не вдається. Можливо, вираженість морфологічних змін мікроциркуляторного русла за ЦД у майбутньому можна бути покласти в основу визначення його стадій (оскільки за цього захворювання немає чітких клінічних ознак, що закономірно завжди повторюються та зростають у процесі перебігу захворювання, як, наприклад, за тиреотоксикозу) не зважаючи на тип ЦД, тривалість його існування та навіть можливість його латентного перебігу, і досить чітко відображати його руйнівну силу з часом.

На нашу думку, до СДС слід відносити різні ураження тканин нижніх кінцівок у хворих на ЦД, але за обов'язкового збереження магістрального кровобігу в кінцівках (зі збереженою задовільною пульсацією магістральних артерій стопи). За наявності ж оклюзійних уражень — це хворі на облітеруючий атеросклероз, що перебігає на тлі ЦД. Ці хворі перебувають у компетенції ангіохірургів і потребують зовсім інших тактичних підходів до лікування патології стопи.

Такий підхід дозволить налагодити чіткий статистичний облік хворих на СДС і об'єктивізувати наслідки досягнень і недоліків у лікуванні цих хворих. За такого підходу ампутацію кінцівки з використанням сучасних методів лікування (вчасне сануюче втручання з раннім аутопластичним закриттям ранових поверхонь, регіонарна антитромботична та антибактеріальна терапія, методи квантової та еферентної терапії, сучасне фізіотерапевтичне лікування тощо) слід розглядати як надзвичайний захід, а незадовільні наслідки лікування — постійно контролювати та аналізувати, не пояснюючи їх невіршеністю проблеми, як це зараз досить часто відбувається.

Хворі на облітеруючий атеросклероз, що перебігає на тлі ЦД, — це зовсім інші хворі зі своєрідним патогенезом і перебігом захворювання, вони потребують підвищеної уваги насамперед ангіохірургів. У деяких із цих хворих, наприклад, за неможливості відновлювальних втручань, органозберігаюче втручання є доцільнішим, ніж у хворих на облітеруючий атеросклероз, але без ЦД. Не всім таким пацієнтам доцільно перед операцією призначати простий інсулін, якщо до цього вони використовували сучасні таблетовані препарати (гліметірид, а останнім часом — гліолізін, гларгін, детемер).

Взагалі надані пропозиції не є "останнім словом" у вирішенні цієї найактуальнішої проблеми сучасної медицини, але зумовлені лише щирим прагненням до широкої аргументованої дискусії та досягнення суттєвого прогресу в лікуванні цих хворих, що, на нашу думку, цілком можливо.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анцыпович Е.А., Дехтярь А.Л. Хирургическая тактика при гнойных послеоперационных осложнениях у больных, которым произведена ампутация конечности по поводу диабетической гангрены // Хирургические заболевания и сахарный диабет. — М., 1989. — С. 26-27.
2. Бенсман В.М., Галенко-Ярошевский П.А., Мехта С.К., Триандафилов К.В. Предотвращение ампутаций конечностей у больных с осложнениями диабетической стопы // Хирургия. — 1999. — №10. — С. 49-52.
3. Гвоздев Н.А., Тартаковский Е.А., Якобишвили Я.И. Современные принципы лечения критической степени ишемии нижних конечностей при диабетической ангиопатии // Хирургические заболевания и сахарный диабет. — М., 1989. — С. 14-18.
4. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д., Исламов М.С. и др. Оптимизация хирургических вмешательств при гнойно-некротических поражениях стопы у больных сахарным диабетом // Хирургия. — 2001. — №1. — С. 47-49.
5. Патент 22395А Украина. МПК G01N 33/48. Спосіб експрес-діагностики стадії діабетичної мікроангіопатії / В.В.Іващенко (Україна). — Заявлено 12.05.97; Опубл. 03.03.98 // Бюл. №3.

РЕЗЮМЕ

Является ли классификация синдрома диабетической стопы на основе "Международного соглашения" шагом к улучшению результатов его лечения?

В.В. Иващенко, А.В. Иващенко

В работе на основании опыта лечения 2050 больных сахарным диабетом с поражением тканей нижних конечностей проводится попытка уточнения понятия "синдром диабетической стопы", сформулированного (в отличие от Международного соглашения) на принципах сохранности либо отсутствия магистрального кровообращения в конечности. По мнению авторов, такой подход будет способствовать совершенствованию статистического учета этих больных и значительно улучшит результаты лечения.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, определение, магистральное кровообращение в конечности, международное соглашение.

SUMMARY

Whether classification of diabetic foot syndrome on the basis of the International agreement is the step to improvement of results of its treatment?

V. Ivashchenko, A. Ivashchenko

In work on the basis of experience of treatment of 2050 patients with defeats of tissues injuries of the lower extremities attempt of specification of concept of a diabetic foot syndrome is formulated (will be carried out as against the "International agreement") on a principle of safety, or absence of main blood circulation in infinity. In our opinion such approach will promote improvement of the statistical account of these patients and considerably will improve results of treatment.

Key words: diabetic foot syndrome, definition, main blood circulation in infinity, international agreement.