

В.В. Бойко, В.К. Логачов, С.О. Берєснев

ДЕЯКІ КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України", Харків

ВСТУП

Проблема цукрового діабету є одною з найактуальніших на сучасному етапі розвитку як суспільства загалом, так і медицини зокрема. Кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) неухильно зростає з року в рік. Хірургічний аспект ЦД головним чином полягає у гнійно-некротичних ускладненнях (ГНУ) синдрому діабетичної стопи (СДС) [1]. Такі хворі складають все більшу частку пацієнтів гнійних відділень, вимагають здебільше індивідуального підходу, відволікають значну частку лікувальних засобів та часу медичного персоналу. Все це вимагає відкриття спеціалізованих відділень і/або центрів лікування СДС.

Питання, що постають перед хірургами загального профілю (або "гнійними"), зараз можна сформулювати таким чином.

По-перше, — це класифікація. Зараз СДС класифікується за Вагнером із виділенням 5 ступенів. Проте перші два ступеня не є аспектом хірургічної практики. Зазвичай перше звернення відбувається на 4-му, в кращому випадку на 3-му ступені. Інша класифікація — Фонтана — враховує головним чином стан кровообігу магістральних судин і актуальна для судинної хірургії. У разі патології периферичного кровопостачання, зумовленої порушеннями прохідності артерій малого калібру зі збереженням прохідності гомілкових артерій вище проксимальної третини ця класифікація не відповідає клінічним проявам. Тому ці класифікації не задовольняють практичних потреб. Також сумнівними є ознаки виділення крім нейропатичного та змішаного типу СДС його ішемічної форми. Остання може бути проявом облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок у хворого на цукровий діабет 2-го типу або суто ішемічною формою СДС. Ближчою до клінічних потреб була класифікація Ф.С. Ткача [4], але й вона не враховувала деяких аспектів, а термінологічно

("діабетична гангрена 1-го та 2-го роду") не відповідає сучасному стану медицини.

По-друге, проблема лікування. Дві найбільш "свіжі" докторські дисертації, присвячені проблемі лікування СДС і захищені майже одночасно [2, 3], пропонують діаметрально різні підходи, проте результати впровадження авторських методик дають майже ідентичний ефект. Враховуючи те, що ці автори є відомими фахівцями у даній царині, а обсяг клінічних спостережень перевищує 1000 випадків, слід вважати обидва напрями в лікуванні ГНУ СДС тими, що мають право на існування. Але від цього не стає легшою ситуація для хірурга первинної ланки. Оскільки зараз мова йде про створення "єдиного медичного простору", то виникає потреба в єдиній медичній доктрині лікування ГНУ СДС. Це, у свою чергу, вимагає створення якихось стандартів, протоколів тощо, які б практично діяли від "первинної ланки до здорової нації". Не є секретом, що хворі на ГНУ СДС, надто пацієнти похилого віку не викликають ентузіазму з приведених вище причин. Проте досвідом тих фахівців, які займаються або займалися цією проблемою, встановлено, що чим раніше хворий із ГНУ СДС опиниться у такого фахівця, тим краще буде кінцевий результат. З огляду на це нам вважається доцільним висловити свої погляди на деякі питання діагностики та лікування цієї патології на підставі власного, майже тридцятирічного досвіду.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 228 хворих із ГНУ СДС у клініці ДУ "ІЗНХАМНУ" за період 1989-2007 рр.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Щодо класифікації. На наш погляд, для практичного хірурга важливішою є класифікація, яка була б одночасно і посібником із тактики дій. То-

му в ній слід враховувати наявність та стадію гнійно-запального та некротичного процесів, глибину некротичного ураження тканин, локалізацію та глибину ураження тканин.

За гострих запальних процесів на першому етапі проводяться оперативні втручання, спрямовані на дренування гнійників і гнійних осередків. А якщо таких немає — на проведення масивної консервативної терапії, бажано з регіонарним введенням препаратів (внутрішньо-артеріально, ендолімфатично). Одночасно визначається стан артеріального кровотоку та проводиться курс простагландинів (переважно вазапостан 20 мкг або алпростан 200 мкг внутрішньовенно краплинно у 200 мл розчину натрію хлориду) та корекція глікемії. Зазвичай цього вистачає для купірування гострого запального процесу. За відсутності перифокального запалення лікувальні заходи починаються з корекції глікемії та визначення ураження артерій.

Остаточна тактика та обсяг оперативного лікування визначаються після приведення глікемії до "хірургічного діапазону" (не вище за 10 ммоль/л впродовж доби), проведення понад половини курсу вазоактивної терапії та цілковитого купірування гострого запального процесу. Проміжну оцінку ефективності лікування проводять на 5-ту добу після дренування гнійного осередку.

Основним завданням є збереження опорної функції кінцівки. У першу чергу відбувається перехід від вологого до сухого некрозу, формування демаркаційної лінії, на підставі чого визначають показання до остаточного рівня видалення некротичних тканин. Під час виконання "економних" ампутацій за наявності щонайменших сумнівів у життєздатності сформованих клаптів накладаються формуючі шви, які не обов'язково доводять до зіткнення клаптів, або накладають первинно відстрочені або вторинні шви. В окремих випадках за "нестачі" життєздатних тканин проводять шкірну пластику. Застосування такої тактики дозволило останніми роками зменшити летальність удвічі (з 6,54% до 3%), а кількість високих ампутацій — майже втричі (з 29,4% до 9,8%).

ВИСНОВКИ

Отже, впровадження індивідуалізовано-диференційованої тактики лікування дозволило покращити безпосередні результати лікування хворих із гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ляпіс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. — 276 с.
2. Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. Клініка, діагностика, лікування.: Автореф. дис. д. мед. н. — Вінниця, 2004. — 37 с.
3. Подпрятков С.Є. Органозберігаюче хірургічне лікування гнійно-некротичного ураження стопи у хворих на цукровий діабет: Автореф. дис. д. мед. н. — К., 2005. — 33 с.
4. Ткач Ф.С., Володось Н.Л., Воропай Т.И. Лечение гангрены у больных диабетом // Вестн. хир. — 1978. — Т. 139. — С. 136-138.

Резюме

Некоторые концептуальные вопросы синдрома диабетической стопы

В.В. Бойко, В.К. Логачов, С.О. Береснев

Разработан концептуальный подход к лечению гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы. Применение усовершенствованной тактики позволило снизить летальность с 6,54% до 3%, а число высоких ампутаций — с 29,4 до 9,8%.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, хирургическое лечение.

Resume

Some conceptual questions of diabetic foot syndrome

V. Boiko, V. Logachov, C. Beresnev

The conceptual going is developed near treatment of diabetic foot syndrome festering-necrotizing complications. Application of the improved tactic allowed to reduce lethality from 6,54% to 3% and number of high amputations from 29,4% to 9,8%.

Key words: diabetic foot syndrome, surgery treatment.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.