

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ДО ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

М.М. УСМОНОВ, О.Р. ТЕШАЕВ, А.М. САЙНАЗАРОВ, Х.А. ХОЛОВ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

OPERACIYADAN OLDINGI DAVRDA DIABETIK OYOQ SINDROMINING KONSERVATIV DAVOSI

M.M. USMONOV, O.R. TESHAEV, A.M. SAYNAZAROV, KH.A. KHOLOV

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston Respublikasi, Toshkent

CONSERVATIVE THERAPY PREOPERATIVELY IN THE TREATMENT OF DABETIC FOOT SYNDROME

M.M. USMONOV, O.R. TESHAEV, A.M. SAYNAZAROV, KH.A. KHOLOV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Maqola mualliflari tamonidan, yiringli jarrohlik bo'limiga kelgan bemorlar misolida, preoperative davrda adekvat davolash natijalarini bayon qilgan. Diabetik oyoq sindromini samarali davolash uchun tavsiyalar keltirilgan.

Kalit so'zlar: *qandli diabet, diabetik oyoq sindromi, osteoporoz.*

The authors describe the results of adequate therapy in the preoperative period on the example of patients admitted to the department of purulent surgery. Give the recommendations for effective treatment of diabetic foot syndrome.

Key words: *diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, osteoporosis.*

Сахарный диабет – одна из проблем современной медицины, сохраняющая ряд неясностей и вопросов в патогенезе, диагностике, течении, лечении и профилактике, как самого заболевания, так и его осложнений. Быстрый рост распространенности сахарного диабета, особенно 2-го типа, послужил основанием для экспертов ВОЗ говорить о пандемии этого заболевания; по прогнозам специалистов к 2030 году количество больных превысит 450,0 миллионов человек [1], что составит 5,3 % населения, против нынешних 3,5 % [2].

Врачам, установившим диагноз сахарного диабета, чаще приходится лечить не само заболевание, а его осложнения, протекающие остро и хронически. Ключевым моментом, несомненно, является лечение хронических осложнений, как наиболее основных и латентнотекущих, приводящих к снижению качества жизни пациента. Лидирующее положение среди всех осложнений сахарного диабета принадлежит синдрому диабетической стопы (СДС), встречающемуся в возрасте от 20 до 75 лет у 20-80 % больных, причем данное заболевание относится к одной из главных причин инвалидизации и наибольших социально-экономических затрат медицины [1,3].

Развитие гнойно-некротического процесса на фоне диабетической стопы более чем в 50-75 % случаев приводит к нетравматическим ампутациям [7,6]. Показатель летальности среди больных, перенесших высокую ампутацию по поводу СДС, в ближайшем послеоперационном

периоде, превышает 20 %, а в течение последующих 5 лет достигает 68 % [3,7]. Анализ частоты ампутаций нижних конечностей выявил, что хирургические вмешательства больным с синдромом диабетической стопы производятся в 17-45 раз чаще, чем у населения в целом, причем отмечено, что частота окклюзионных поражений периферических артерий у пациентов с данным заболеванием превышает таковую у лиц без сахарного диабета лишь в 4 раза [4, 8]. По данным официальной статистики, в мире каждые 30 секунд выполняется ампутация нижней конечности при СДС. Такую высокую частоту ампутаций при сахарном диабете нельзя считать следствием облитерирующего поражения периферических артерий [1, 6, 8]. Изменения микроциркуляторного русла на нижних конечностях обладают прогностическим значением в формировании самого синдрома диабетической стопы и развиваются у больных любого возраста. Доказано, что микроангиопатия не имеет триггерного компонента в запуске механизма образования язвенно-некротического дефекта тканей стопы, а является базой в формировании некротических поражений и скорее причиной является недостаточность микроциркуляторного кровотока, обусловленная развитием макроангиопатии и нейропатии. В комплексе с этим микроциркуляторные изменения отягощают клинику нейро- и макроангиопатии, создавая условия, способствующие формированию гнойно-некротического поражения тканей стопы [7, 8].

На основе глубокого анализа статистики и тенденций за последние 20 лет, а также учитывая прогноз экспертов ВОЗ определён **цель работы** – обосновать с помощью современных методов медицинской визуализации эффективность консервативной терапии у больных с синдромом диабетической стопы в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели, наряду с общеклиническими и общепризнанными инструментальными методами исследования (рентгенография, УЗИ в режиме «серой шкалы»), была проведена энергетическая доплерография сосудов нижних конечностей дистальной части у 32 больных СД с критической ишемией. С учетом полученных данных, совместно с врачом-эндокринологом, определялась тактика лечения данной категории больных: консервативное, либо хирургическое лечение. Консервативное лечение включало: коррекцию СД, детоксикацию, использование препаратов улучшающих реологические свойства крови, антибактериальную терапию (в случае возникновения влажной гангрены), коррекцию всех видов обмена и сопутствующей патологии. Местное лечение включало: осмотические препараты в виде компрессов, преследуя цель – снятие отека и улучшение микроциркуляции, мазевые средства на водорастворимой основе.

Параллельно проводили оценку состояния кровотока и его динамику с использованием комбинированной ультразвуковой доплерографии.

Результаты исследования и их обсуждение. Основную суть работы мы хотим привести на примере сравнения лечения двух пациентов с сахарным диабетом, осложнившегося синдромом диабетической стопы.

Пациент А., 1962 г.р. и/б № 20646 обратился в хирургическое отделение «ГКБ №1» с жалобами на боли в правой нижней конечности ноющего характера, чувство онемения, зябкости, периодические покалывания. При осмотре выявлено истончение кожного покрова на тыле правой стопы и лодыжковой части нижней трети правой голени, пигментные пятна; пульсация на тыле стопы ослаблена, пульсация подколенной и наружной подвздошной артериях сохранена, удовлетворительных качеств. У основания IV пальца определяется свищевое образование, со скудным серозным отделяемым. При осмотре правой нижней конечности определяется отсутствие части I плюсневой кости левой стопы и I пальца левой стопы. Была выполнена рентгенография обеих стоп в двух проекциях, выявлено: на левой - деструктивные изменения не опреде-

ляются, остеопороз, сужение межфаланговых и плюснефаланговых суставных щелей, утолщение стенок артерий; на правой – сросшиеся патологические переломы II-III-IV плюсневых костей, остеопороз, культя I плюсневой кости.

С учетом полученных данных, после консультации врача-эндокринолога оставлен индивидуальный лечебный алгоритм. Вынесено решение о консервативном лечении, включающем: коррекцию СД, детоксикацию – выполнение форсированного диуреза, использование препаратов, улучшающих реологические свойства крови, коррекцию всех видов обмена. Местно: осмотические препараты на левую стопу в виде компрессов, цель – снятие отека и улучшение микроциркуляции, закрытие свищевого хода.

Для оценки проводимого лечения выполняли ультразвуковую доплерографию, где оценивали состояния кровотока и его динамику. Через 7 дней проводимого лечения пациент отмечает улучшение общего состояния, болевая симптоматика купирована, локально: свищ закрылся мягкие ткани на стопе без признаков воспаления.

Несмотря на наличие сросшихся патологических переломов II-III-IV плюсневых костей, клиники и жалоб у пациента не отмечалось, мы считаем, что основанием для отсутствия вышеописанного является развитие на фоне патологических переломов при образовании костной мозоли коллатерального кровотока, что привело к регрессу синдрома диабетической стопы.

Пациент И., 1951 г.р., и/б 3191, поступил в хирургическое отделение ГКБ №1 17.06.14 с диагнозом: Сахарный диабет 1 тип, инсулинзависимый, тяжелой степени течения, субкомпенсация, диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей, влажная гангрена I пальца левой стопы.

На рентгенограмме больного Ш. 1962 г.р. и/б 6286 (рис. 1) определяются: диабетическая остеоартропатия фаланг I пальца правой стопы, патологический перелом I, V плюсневых костей.

Проконсультирован врачом-эндокринологом. Заключение: консервативное лечение, включающее: коррекцию СД, детоксикацию – выполнение форсированного диуреза, использование препаратов, улучшающих реологические свойства крови, коррекцию всех видов обмена; местно: осмотические препараты в виде компрессов (снятие отека и улучшение микроциркуляции). Контролем проводимого лечения (оценка состояния кровотока) послужила ультразвуковая доплерография.

После коррекции показателей СД (сахар крови 6,15 ммоль/л) выполнено хирургическое

оперативное лечение: ампутация на уровне I плюсневой кости правой стопы.

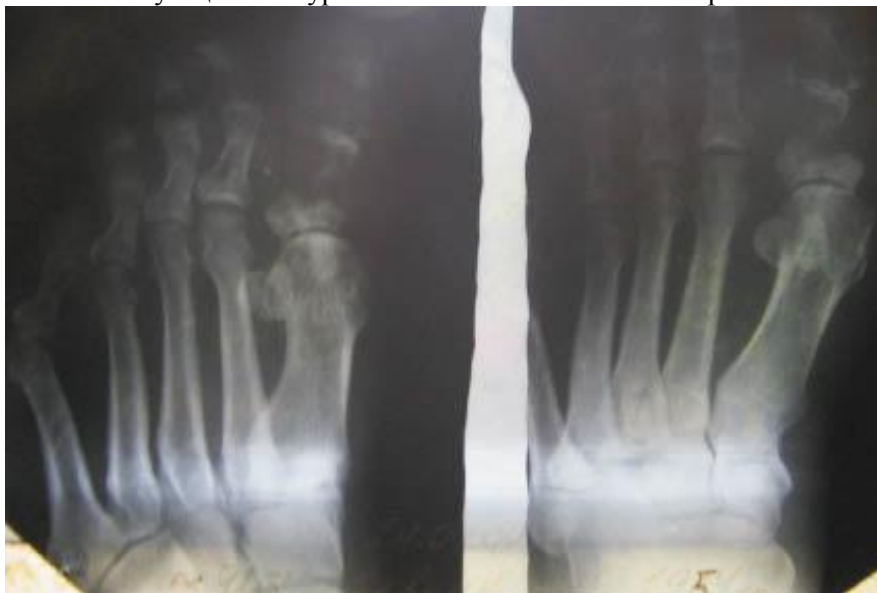


Рис. 1. Рентгенограмма больного Ш., 1962 г.р. и/б 6286



Рис. 2. Рентгенограмма больного Ш., 1962 г.р. и/б 67191

24.06.24 больной выписан под наблюдение хирурга в поликлинике с не полностью зажившей раной.

Повторно больная поступает 13.07.14 и/б 7453 с наличием функционирующего свища в области культи I плюсневой кости правой стопы. На рентгенограмме больной Ш. 1951 г.р. и/б 7453 диабетическая остеоартропатия фаланг II пальца правой стопы, срастающийся патологический перелом II плюсневой кости, остеомиелит культи I плюсневой кости правой стопы (рис. 2). При поступлении выполнена комбинированная ультразвуковая доплерография. На основании полученных данных и с учетом рентгенографии определен объем хирургического

пособия. Выполнены экзартикуляция культи I плюсневой кости и резекция II плюсневой кости единым блоком в пределах жизнеспособных мягких тканей, она определялась наличием диапедезного кровотечения, пластика послеоперационной раны местными тканями. На рентгенограмме (рис. 3) больного И. 1951 г.р. и/б 67453 экзартикуляция I плюсневой кости, культи II плюсневой кости после повторно выполненного оперативного вмешательства. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Больной ходит без палочки. Конечность и стопа опорные (рис. 4). Ортопедической обувью не пользуется. Рекомендовано наблюдение у эндокринолога.



Рис. 3. Рентгенограмма больного Ш., 1962 г.р.
и/67191



Рис. 4. Стопа больной Ш. 1962 г.р. спустя 3 недели после повторной операции

Вывод. У обоих больных на рентгенограммах прослеживается отчетливая симптоматика патологического перелома, что свидетельствует об остеопорозе костной ткани, которая обладает пусковым моментом для развития коллатерального кровоснабжения, приводящего к регрессу гнойно-некротического процесса. Следовательно, до выполнения хирургического пособия, желательно проведение консервативной терапии и стимуляции остеопарации с использованием туннелизации костей стопы, что приведет к улучшению трофики тканей в очаге гнойно-воспалительного поражения.

Литература:

1. «Статистика заболеваемости диабетом в мире становится все печальней. <http://zenslim.ru/content/>.
2. «Население стран мира (прогноз)». [https://ru.wikipedia.org/wiki/Население_стран_мира_\(прогноз\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Население_стран_мира_(прогноз)).
3. Синдром диабетической стопы / И.В. Гурьева, И.В. Кузина, А.В. Воронин, Е.Ю. Комелягина, Е.Ю. Мамонтова. - М.: Проспект, 2000. - 40 с.
4. Оболенский В.Н. Комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы // Фарматека. - 2003. - №8. - С. 49-53.
5. Покровский А.В. Ишемическая диабетическая стопа / А.В. Покровский, В.Н. Дан, А.В. Чупин [под ред. И.И. Дедова, М.Б. Анциферова, Г.Р. Галстяна, А.Ю. Токмаковой]. - М., 1998. - 176 с.
6. Салтыков Б.Б. Диабетическая микроангиопатия / Б.Б. Салтыков, В.С. Пауков. - М., 2002. - 254 с.

7. Светухин А.М. Комплексное хирургическое лечение больных с синдромом диабетической стопы / А.М. Светухин, М.В. Прокудина // Хирургия. - 1998. - №10. - С. 64-66.

8. Bommayya I. The importance of infra-inguinal angioplasty in savage of diabetic foot // Materials of the 3th EASD Diabetic Foot Study Group Meeting. - Hungary, 2002. - p. A25.

9. Wagner F.W. A classification and treatment program for diabetic, neuropatic and dysvascular foot problems// In The American Academy of Ortopaedic Surgeons instructional course lectures. - St. Louis - Mosby.: Year Book, 1979. - P. 143-165.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ДО ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

М.М. УСМОНОВ, О.Р. ТЕШАЕВ,
А.М. САЙНАЗАРОВ, Х.А. ХОЛОВ

Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Авторами статьи описаны результаты проведения адекватной терапии в дооперационный период на примере больных, поступивших в отделение гнойной хирургии. Приведены рекомендации по эффективному лечению синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: сахарный диабет синдром диабетической стопы, остеопороз.