

УДК 617.58:616.379-008.64

Мирзаев К.К., Азизов Д.Т., Умурзаков С.К. Жўраев Г.

Кафедра общей хирургии

Андижанский государственный медицинский институт(Узбекистан)

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Резюме: Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных заболеваний современности. СД второго типа (СД2) встречается у 2–6% взрослого населения и достигает цифры около 120 млн. человек. По прогнозам экспертов ВОЗ к 2025 г. число больных СД второго типа будет свыше 250 млн. человек. Эпидемиологические исследования утверждают, что истинное число больных данной патологией в 2–3 раза больше, чем официально находящихся на диспансерном учете.

Это связано с тем фактом, что СД первого типа (СД1) является врожденным заболеванием и диагноз верифицируется при патронаже и сохраненными стандартами профосмотров в детском возрасте; в то время как СД2 возникает в зрелом возрасте при отсутствии должного внимания к первым признакам заболевания и не обращает на себя внимания до момента развития осложнений. Статистические исследования доказывают, что у больных СД2 атеросклеротические поражения магистральных артерий встречаются в несколько раз чаще, чем у лиц тех же возрастов, не страдающих СД2.

Лечение диабетических микро- и атеросклеротических макроангиопатий и их осложнений занимает важное место в повседневной практической работе и хирургов и эндокринологов.

Ключевые слова: сахарный диабет, гнойно-некротическая форма, диабетические стопы.

Mirzaev K.K., Azizov D.T., Umurzakov S.K. Zhÿraev G.

Department of General Surgery

Andijan State Medical Institute (Uzbekistan)

MODERN TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULAR NECROTIC FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

Resume: Diabetes mellitus (DM) is one of the most common diseases of our time. Type 2 diabetes (T2DM) occurs in 2–6% of the adult population and reaches the figure of about 120 million people. According to forecasts by WHO experts, by 2025 the number of patients with type 2 diabetes will be over 250 million people. Epidemiological studies claim that the true number of patients with this pathology is 2-3 times more than officially registered at the dispensary.

This is due to the fact that diabetes of the first type (T1DM) is a congenital disease and the diagnosis is verified with the patronage and the preserved standards of professional examinations in childhood; while T2DM occurs in adulthood in the absence of proper attention to the first signs of the disease and does not attract attention until complications develop. Statistical studies prove that in patients with type 2 diabetes, atherosclerotic lesions of the main arteries are found several times more often than in people of the same age who do not suffer from type 2 diabetes.

The treatment of diabetic micro- and atherosclerotic macroangiopathies and their complications occupies an important place in the everyday practical work of both surgeons and endocrinologists.

Key words: diabetes mellitus, purulent-necrotic form, diabetic feet.

Актуальность. Заболеваемость сахарным диабетом во всем мире непрерывно увеличивается. Среди причин высокой инвалидизации и смертности сахарный диабет прочно занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Сахарный диабет (СД) был признан экспертами ВОЗ неинфекционной эпидемией XX века [2]. Основной причиной высокой заболеваемости, госпитализации и

смертности больных СД является поражение нижних конечностей [1,7]. По определению ВОЗ синдром диабетической стопы (СДС) – это инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей стопы, связанная с неврологическими нарушениями и/или снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести [4].

В основе патогенеза развития гнойнонекротических форм синдрома диабетической стопы лежит диабетическая нейропатия, микро- и макроангиопатия с нарушением периферической микроциркуляции, которые увеличивают риск развития гангрены нижних конечностей в 20 раз [2,5]. Гангрена, развивающаяся как следствие СДС, занимает первое место среди причин нетравматических ампутаций нижних конечностей [3], на долю которых приходится 50–70 % общего количества ампутаций нижних конечностей [5].

Особенность течения раневого процесса у больных сахарным диабетом проявляется в задержке формирования грануляционной ткани и эпителизации кожи, удлинении фаз воспаления и регенерации, торможении пролиферации фибробластов и снижении синтеза ДНК, гликопротеидов и коллагена [2,6].

Цель исследования. Изучение эффективности способа комплексного лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Исследование носило сравнительный характер, включало 20 пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы на фоне сахарного диабета 2-го типа, после малых ампутаций. Все больные страдали инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа. Длительность заболевания сахарным диабетом – от 8 до 15 лет. В среднем – 10,2 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность проведенного лечения определяли по выраженности субъективных

симптомов у пациентов, характеру и количеству раневого отделяемого, по характеру изменения цитограммы с раневой поверхности – до начала комплексного метода лечения, в процессе его проведения и после окончания лечения. Цитологическое исследование раны проводили на 1, 7 и 14 сутки после резекции стопы.

У всех пациентов первой группы (n.10–100 %) болевой синдром, чувство тяжести в ногах, выраженный отек и гиперемия сохранялись до 9–10 суток.

У 10 (100 %) человек второй группы – в результате проведения комплексного лечения – болевой синдром полностью купировался в стопах уже на 5 сутки, что явилось основанием для полной отмены анальгетиков. Также на 5 сутки от начала лечения значительно снизилось чувство тяжести в ногах, исчезал отёк, значительно уменьшалась гиперемия стопы.

У 9 больных (90 %) в первой группе сохранялось обильное количество и характер раневого отделяемого до 18–20 суток.

У всех пациентов второй группы (n.10–100 %) уже на 7–10 сутки отмечалось значительное уменьшение количества раневого отделяемого.

Стойкий переход раневого процесса во вторую фазу отмечен у всех человек (n.10–100 %) первой группы в среднем на 21 сутки, а во второй группе – также у всех больных (n.10–100 %), но уже на 10 день от начала лечения.

В первой группе больных количество повторных некрэктомий составило в среднем 2,8. А у пациентов 2 группы – их не понадобилось.

Воспалительный тип цитограммы у пациентов первой группы уменьшился лишь на 11,8 + 1,6 %, это произошло на 14 сутки. А во второй группе – снизился на 88,9 + 1,2 %. При этом значительное уменьшение воспалительного типа цитограмм (5 человек – 50 %) было отмечено уже на 7 день после операции.

Воспалительно-дегенеративный тип цитограммы в первой группе пациентов уменьшился на 10,6 + 1,2 %, на 14 сутки. А во второй группе – снизился на 86,6 + 1,3 %. Это было отмечено уже на 7 сутки после малой ампутации стопы по поводу гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы.

На 14 сутки от начала лечения был отмечен регенераторный тип цитограммы только у 2 больных первой группы (20 %). В то же время – это было установлено у всех пациентов (п.10–100 %) во второй группе. А у 2-х пациентов второй группы (20 %) регенеративный тип цитограммы отмечен уже на 7 сутки.

Вывод. Таким образом, в лечении гнойно-деструктивных поражений нижних конечностей больных сахарным диабетом должна применяться комплексная лечебно-диагностическая программа. Применение современных методов диагностики микро-макроангиопатии позволяет осуществлять дифференцированный подход при решении вопроса о характере хирургического лечения и уровне ампутации конечности, с выполнением реконструктивных ангиохирургических вмешательств на магистральных артериях. В комплексное лечение гнойно-некротических поражений ДС рекомендуется включать озонотерапию и плазмоэритросорбцию. Системная озонотерапия снижает сроки стационарного лечения на 7 дней и процент высоких ампутаций до 23,6 %, применение плазмоэритросорбции снижает число возникающих в процессе лечения осложнений на 12,3 % и уменьшает количество повторных операций на 15 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амирасланов Ю.А., Турова Т.Г., Борисов И.В. Острая хирургическая инфекция у больных сахарным диабетом // Материалы международного научно-практического конгресса, посвященного 40-летию отдела ран и

раневых инфекций Института хирургии им. А.В. Вишневского «Сахарный диабет и хирургические инфекции». М., 2013. С. 7.

2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений: руководство для врачей. М.: Медицина, 2005.

3. Блатун Л. А. Банеоцин (порошок, мазь) — перспективы использования в комплексном лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы // Раны и раневые инфекции. 2015. Т. 2. № 3. С. 36—44.

4. Магомедов М.М., Гамзатов Г.М., Магомедов А. А., Нурмагомедова П.М. Лечение обширных гнойных ран у больных сахарным диабетом // Материалы

2 международного конгресса «Раны и раневые инфекции с конференцией «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций». М., 2014. С. 233—235.

5. Нузов Б.Г., Стадников А.А., Нузова О.Б. Оптимизация репаративной регенерации тканей. М.: Медицина, 2012.

6. Shah B.R., Nux J.E. Quantifying the risk of infectious diseases for people with diabetes // Diabetes Care. 2003. Vol. 26. P. 510—515.

7. Witte M.B., Kiyama T., Barbul A. Nitric oxide enhances experimental wound healing in diabetes // Br. J. Surg. 2002. Vol. 89. N. 12. P. 1594—1601.