

УДК 617.586-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Е.Ж. Жолдошбеков, Б. Сыдыков

Рассматривается многообразие патологических изменений при лечении больных с осложнениями синдрома диабетической стопы. Отмечено снижение количества после операционных осложнений при проведении операций после коррекции сахара крови и активной консервативной терапии.

Ключевые слова: диабетическая стопа; операция; гангрена; гной.

PECULIARITIES OF SURGERIES OF PATIENTS WITH THE SYNDROME OF DIABETIC FOOT

E.J. Dzholdoshbekov, B. Sydykov

The article describes different pathological changes when treating the patients with complication of diabetic foot syndrome. It is shown that operations conducted after blood sugar correction and active conservative therapy have lower rates of postoperative complications.

Key words: diabetic foot; operation; gangrene; pus.

Одним из частых осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) являются гнойно-некротические осложнения, характеризующиеся тяжелым течением и развитием гангрены. У больных, перенесших ампутации на одной конечности, гангрена развивается на второй и в течение 5 лет в 50–66 % случаев заканчивается ампутацией. Летальность у таких больных составляет 50–77 %. К примеру, на Украине на учете состоит более 1 млн больных СД и им ежегодно проводится более 30 тыс. высоких ампутаций. В России более 2 млн больных СД, в 2000 г. было проведено 12 тыс. ампутаций [1, 2]. Следует отметить, что после перенесенной ампутации конечности у больных наступает социальная дезадаптация [3, 4]. Причиной таких грозных осложнений в примерно 3 % случаев могут служить мелкие царапины [5–7].

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ истории болезней 48 больных, которым произведены оперативные вмешательства. Ампутация на уровне бедра выполнена у 13 (27,0 %) пациентов. У 5 (10,4 %) из них операция произведена в 1-е сутки поступления в клинику из-за влажных гангренов стопы с переходом в голень. 8 (16,6 %) пациентов получали лечение в течение 4–7 суток, но несмотря на проводимое лечение, процесс прогрессировал, и в течение недели им была выполнена ампутация на уровне бедра.

Следует отметить, что при этом неоднократно возникали осложнения и требовались повторные вмешательства. У 9 (18,7 %) пациентов после экзартикуляции пальцев гнойно-некротический процесс перешел на стопу и осложнился флегмоной подошвенной поверхности стопы. Произведено вскрытие флегмоны по ходу сухожилий. Одному больному операции выполнены трижды, так как гнойный процесс по сухожилиям внутренней поверхности стопы перешел на голень и закончился высокой ампутацией. У 4 (8,4 %) больных произведено довскрытие флегмон стопы. После выполнения хирургических манипуляций раны промывались антисептиками и накладывались повязки с мазью Левомиколь. Повязки менялись ежедневно, а по мере необходимости – каждые 12 часов. Сепсис выявлен у 2 пациентов. В этой группе умерло 2 (4,2 %) больных из-за прогрессирования гангрены конечности и интоксикации.

Учитывая результаты хирургического лечения этой группы, а именно, что при выполнении ампутации и экзартикуляции пальцев стопы в течение 1-х суток с момента поступления часто возникали осложнения, мы изменили тактику ведения, т. е. не спешили с проведением операций, а активно проводили консервативное лечение. При таком подходе на 4–6-е сутки процесс отграничивался и появлялась четкая демаркационная линия. К этому

времени создавались необходимая концентрация антибиотиков в крови и тенденция к нормализации обмена веществ, и только тогда мы выполняли операцию.

Тактика хирургов по отношению к высокой ампутации за последние годы значительно изменилась в сторону максимально возможного сохранения конечности. Ампутации на уровне стопы и голени обладают значительными преимуществами в функциональном отношении перед ампутациями на более проксимальном уровне. Основной задачей хирургической обработки является не только удаление и очистка очага, поддерживающего инфекцию, но и предупреждение его дальнейшего распространения. При выборе метода хирургического лечения соблюдали сберегательный принцип, старались не создавать обширные раны, в то же время рана была адекватно дренирована. При этом оперативная тактика была строго индивидуальной и зависела от глубины локализации процесса. Вмешательство предполагало не только удаление гноя и дренирование, но и максимально возможное иссечение всех некротизированных тканей. Удалялись явно нежизнеспособные структуры, что связано с отсутствием четких границ здоровых тканей из-за наличия ишемии, микротромбозов, иммунодефицита, нарушения процессов репарации и, наконец, из-за сложности анатомического строения стопы.

Наиболее часто при прогрессировании процесса развивались флегмоны срединного фасциального ложа. Инфекция попадает по ходу сухожилия 1-го пальца. В проксимальном отделе срединное подошвенное фасциальное ложе переходит в медиальный лодыжковый канал, который сообщается с глубоким фасциальным пространством голени. Флегмоны данной локализации являются самыми тяжелыми по клиническому проявлению и исходу.

Нами выполнено 65 операций. Из них ампутации на уровне бедра – у 11 (16,9 %), малые операции на уровне пальцев – у 25 (38,5 %) и стопы – у 14 (4,6 %), вскрытие флегмон – у 17 (26,2 %) и панарициев – у 9 (13,8 %) пациентов.

Больные, которым произведены ампутации на уровне бедра, поступили в клинику в запущенном состоянии и по жизненным показаниям им произведены операции в 1-е сутки.

У 4 (6,1 %) больных экзартикуляция выполнена только на 8–10-е сутки после появления четкой демаркационной линии, улучшения общего состояния и ликвидации интоксикации. У 3 (4,1 %) пациентов флегмона была вскрыта в амбулаторных условиях, а в стационаре им произведено повторное вскрытие из-за недостаточного оттока отделяемого. Основной причиной панарициев был вросший ноготь, им выполнено удаление ногтевых валиков.

Пальцы стопы ампутировали с обязательной резекцией головок плюсневых костей. Для уменьшения травматичности окружающих тканей использовали пилу Джигли. Сухожилия сгибателей и разгибателей пальцев максимально радикально иссекали для предотвращения распространения инфекции в проксимальном направлении.

Так как наиболее часто процесс распространяется через сухожилие сгибателя первого пальца, мы старались его удалить. После рассечения сухожилий и связок разгибателей в проекции плюснефалангового сустава палец, фиксированный только на сухожилии сгибателя, вытягивается вниз и рассекается в максимально проксимальной части. Оставшаяся мышечная часть сокращается и уходит вглубь. После чего головка фиксируется зажимом фиксатора и перепиливается пилой Джигли. В затруднительных ситуациях производили расширение операционной раны по наружной и внутренней поверхностям пальца. Для проведения ампутаций пальцев и для резекции плюсневых костей нами разработан зажим-фиксатор (патент № 1299), который представляет собой полуокружность с одной стороны. Он устроен так, что верхняя его часть свободно проходит в полуокружность. Это дает возможность фиксировать кость любого диаметра. Кроме того, в верхней части имеется распил для фиксации пилы Джигли. Зажим удобен при резекции стопы (рисунок 1). После рассечения и формирования кожного лоскута очищаются от мягких тканей плюсневые кости, нижняя полуокружность бранши зажима проводится под плюсневые кости вместе с пилой Джигли. После кость фиксируется зажимом и перепиливается пилой.



Рисунок 1 – Зажим-фиксатор

Выводы. К показанию выполнения высоких ампутаций конечности необходим строгий индивидуальный подход. Проведение операции после активной консервативной терапии и коррекции сахара крови с использованием зажима фиксатора снижает риск послеоперационных осложнений.

Литература

1. Герасимчук П.А. Медико-социальные проблемы в лечении синдрома диабетической стопы / П.А. Герасимчук // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. 2001. С. 105–107.
2. Ляпис М.А. Обоснование стандартов комплексного лечения синдрома стопы диабетика / М.А. Ляпис, П.А. Герасимчук // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. 2001. С. 140–147.
3. Шляпников С.А. Хирургическая инфекция мягких тканей – старая проблема в новом свете / С.А. Шляпников // Инфекция в хирургии. 2008. Т. 1. № 1. С. 34–35.
4. Epstein D. Surgical perspective in treatment of diabetic foot ulcer / D. Epstein, J. Corson // Wounds. 2001. Vol. 13. № 2. P. 59–65.
5. Горюнов С.В. Гнойная хирургия: атлас / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, К.С. Бубышченко. М.: Бинном, 2004. 556 с.
6. Дедов И.И. Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. М.: Практическая медицина, 2005. 197 с.
7. Boulton A.J.M. International collaboration on the diabetic foot: a 15-year progress report / A.J.M. Boulton // Diabet. Metab. Res Rev. 2004. Vol. 20. Suppl. 1. P. 2–3.