

УДК 617.586-02:616.379-008.64-08-039.71 (575.2) (04)

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Е.Ж. Жолдошбеков

Проведено наблюдение за больными синдромом диабетической стопы в течение трех лет после выписки из стационара, а также определены средние сроки заживления диабетических язв и ран.

Ключевые слова: сахарный диабет; диабетическая стопа; гной; язва.

Каждый второй больной сахарным диабетом подвергается хирургическому вмешательству, при этом каждый четвертый из них – по поводу гнойно-некротического осложнения со стороны стопы. Ампутации на уровне бедра при диабетической стопе выполняются в 11 раз чаще, чем у больных без диабета, а число послеоперационных осложнений достигает 37%. Имеются данные, что через год после высоких ампутаций выживают 76% больных, через 3 года – 51–56%, через 5 лет – лишь 34–36%, а у 15% больных возникают показания к ампутации противоположной конечности [1–3].

Материал и методы исследования. Нами проведено наблюдение за 246 больными в течение последующих трех лет после выписки из стационара. Если больные с 1 и 2 фазой раневого процесса находились в стационаре, то со 2 и 3 фазой (пролиферация и эпителизация) долечивались на амбулаторном этапе. Из них 14 пациентов (5,8%) были направлены в кабинет “обучение самоконтролю”.

В ближайшие периоды после выписки из стационара больные не нуждались в антибактериальной терапии. В зависимости от состояния раны больным было рекомендовано посещение хирурга для контрольных осмотров 1 раз в 3 дня, 1 раз в неделю и т.д. В остальные дни больные сами в домашних условиях проводили перевязки. Обязательным условием считали разгрузку конечности, так как преждевременная механическая нагрузка может вызвать рецидив процесса со всеми вытекающими обстоятельствами. Для этого больным было рекомендовано ношение специальной ортопедической обуви, костыли, кресла-каталки.

Следует отметить, что 154 (63,4%) больных демонстрировали хорошую ориентацию в

тактике поведения при неотложных состояниях, связанных с резким падением или повышением сахара крови. Эти же пациенты активно участвовали в лечебном процессе у 61 (25,1%) пациента были индивидуальные средства самоконтроля, а остальные периодически проходили обследование в поликлинике.

У 178 (73,2%) пациентов раны зажили без дополнительных курсов лечения после выписки из стационара, а 65 (27,6%) больных продолжали лечение. В большинстве случаев это были больные после малых ампутаций. Им требовались регулярный осмотр и перевязки. Средний срок заживления диабетических язв после выписки из стационара составил $26,3 \pm 4,7$ дней, а ран после малых ампутаций – $32,5 \pm 5,5$ дней (табл. 1).

Таблица 1
Средние сроки лечения больных с СДС, день

Характер поражения	Стационарный этап	Амбулаторный этап
Трофические язвы	$17,69 \pm 3,6$	$26,3 \pm 4,7$
Раны после малых ампутаций	$28,4 \pm 6,1$	$32,5 \pm 5,5$

После эпителизации ран им рекомендовано посещать диспансер 1 раз в 6 месяцев, при условии, если со стороны стопы не будет изменений. При появлении мозолей, царапин, ран рекомендовали сразу же обратиться к врачу. К концу года наблюдения больные проходили обследование у узких специалистов и по мере необходимости – инструментальное обследование.

В течение трех лет 20% (48) пациентов обратились с повторными проблемами со стороны

стопы. Наиболее частой из них явилось образование язв, причиной которых были мозоли, плохой уход за ногтями и т.д. Нередко язвы сформировывались у больных после малых ампутаций, даже при ношении ортопедической обуви. Одной из причин этого, видимо, является перераспределение центра тяжести на стопе после экзартикуляции пальцев. У 4 пациентов выявлены остеомиелиты пальцев стоп. Этим пациентам ранее уже выполнялись ампутации на уровне пальцев. Они были направлены на стационарное лечение (табл. 2).

Таблица 2

Характер осложнений у больных синдромом диабетической стопы на амбулаторном этапе

Характер осложнений	Количество больных	Амбулаторное лечение	Госпитализация в стационар
Трофические язвы, кол. %	26 54,2	26 54,2	–
Остеомиелит, кол. %	4 8,3	-	4 8,3
Инфицированные раны, кол. %	7 14,6	7 14,6	–
Гангрена пальцев стоп, кол. %	11 22,9	–	11 22,9
Всего, кол. %	48 100,0	33 68,8	15 31,2

С инфицированными ранами обратились 7 (14,6%) пациентов. С гангренами пальцев направлены на стационарное лечение 11 (22,9%)

пациентов. Из обратившихся 68,6% лечение получили амбулаторно. Назначались по мере необходимости антибактериальная, сосудорасширяющая, общеукрепляющая терапии и, конечно же, коррекция сахара крови. Местно иссекались мозолистые края раны, некротические ткани. После обработки антисептиками накладывались повязки с озонированным маслом до очищения раны и стихания воспалительных процессов.

Следует отметить, что практически у всех обратившихся были ишемические и нейроишемические формы поражения стопы, что свидетельствует о тяжести такой формы поражения.

Летальный исход в течение трех лет был у 9 больных (3,7%). Основными причинами явились ОИМ, инсульт.

Из изложенного выше следует, что на амбулаторном этапе необходим усиленный контроль за пациентами. Это регулярный осмотр у узких специалистов, контроль сахара крови и стопы. Большое значение при этом имеет обучение больных и самоконтроль. При правильном подходе уже возникших осложнений можно получить хорошие результаты после лечения без госпитализации в стационар.

Литература

1. Астахова И.Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическим поражением стопы // Хирургия. 2001. №12. С. 34–37.
2. Гостищев В.К., Анциферов М.Б., Галстян Г.Г. и соавт. Стандарты диагностики и лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы // Хирургия. 2002. №8. С. 57–61.
3. Шапошников В.И., Зорик В.В. Комбинированное лечение гнойно-некротических поражений нижних конечностей при сахарном диабете // Хирургия. 2001. №2. С. 46–49.