

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

А. А. Горбунов, И. Е. Бородаев, М. П. Хайлов, О. В. Вилюра, В. Г. Шевченко

Одесский государственный медицинский университет

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) в Украине за последние 10—15 лет увеличилась вдвое, синдром диабетической стопы (СДС) возникает у каждого 4-го больного. В связи с увеличившейся продолжительностью жизни и ухудшением экологии значительно увеличилось количество пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ОЗАНК), у которых выявляют дистальный тип поражения сосудов или многоуровневой стеноз, окклюзию, когда "большие" реконструктивные операции невозможны либо крайне рискованны. В последние годы хирургическое лечение СДС, как и гангрены при критической ишемии, обусловленной ОЗАНК, приобрело направленность на сохранение нижней конечности, проведение "малой" ампутации, непрямых реваскуляризирующих операций, радикальной хирургической обработки на стопе у больных с относительно сохраненным магистральным кровотоком, когда реконструктивные операции на сосудах невозможны.

За период 1997—2008 гг. в клинике факультетской хирургии ОГМУ по поводу гнойно-некротического поражения стопы у больных СД лечили 255 больных, с критической ишемией, обусловленной ОЗАНК, гангреной и прегангреной стопы — 75. СД I типа диагностирован у 68 больных (42 мужчин и 26 женщин), СД II типа — у 187 (130 мужчин и 57 женщин).

Все больные с СДС поступили в клинику с III—V ст. инфицирования стопы (по Wagner'y), в том числе с III ст. — 65, IV ст. — 89, V ст. — 81. Из больных с критической ишемией, обусловленной ОЗАНК, было 24 женщины и 51 мужчина, с прегангреной стопы — 15, с гангреной — 60, сухой гангреной — 21, влажной — 39. Артериальный кровоток в конечностях изучался методом УЗ доплерографии у 100% больных, у 80% — выполнялось дуплексное ангиосканирование, у 30% — мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием и D3

— реконструкцией, что свело к минимуму необходимость в традиционном ангиографическом исследовании (до 5%).

Дистальный тип поражения магистральных артерий и многоуровневая окклюзия являлись характерными признаками у 80% больных.

У больных с выраженным гнойно-некротическим процессом лечение всегда начинали с внутриартериальной инфузии через катетер, установленный в бедренной артерии по методике Сельдингера, для длительной внутриартериальной инфузии вазоактивных, антибактериальных препаратов, кортикостероидов. После стабилизации состояния и уменьшения воспалительных явлений и отека мягких тканей у 220 (71,1%) больных выполнено оперативное вмешательство на стопе, 89 (28,9%) — оперированы в экстренном порядке по жизненным показаниям с высоким риском оперативного вмешательства.

Длительность внутриартериальной инфузии составила от 3 до 21 сут, при этом использовали катетер из силиконовой резины диаметром 1,4 см из набора фирмы "Balton". По нашим данным риск тромбоза бедренной артерии и кровотечения в месте пункции некоторыми авторами сильно преувеличен. Длительная внутриартериальная инфузия проводилась 40% больным и включала не только простагландины, но и антибактериальные, сосудорасширяющие препараты, антиагреганты, кортикостероиды. Данная методика обеспечивает поступление лекарственных средств непосредственно к гнойно-некротическому очагу, способствует ограничению зоны деструкции и выполнению адекватного оперативного пособия. При этом мы учитывали также экономический аспект этой проблемы, так как внутриартериальный путь введения препаратов предполагает значительное снижение дозы простагландинов и дорогостоящих антибиотиков.