

СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ – ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ

Пархоменко К.Ю.

ДЗ „СМСЧ №13” МОЗ України, Харків, Україна

Згідно з визначенням експертів ВООЗ, синдром діабетичної стопи (ДС) - це інфекція, виразка та/або деструкція глибоких тканин, пов'язана з неврологічними порушеннями та зниженням магістрального кровообігу в магістральних судинах нижніх кінцівок. Сьогодні можна спостерігати певний прогрес в лікуванні хворих із ДС. Головною причиною даного покращання є формування мережі кабінетів ДС, в яких надається спеціалізована допомога пацієнтам з даним ускладненням, проводиться навчання хворих з питань профілактики ДС. Проте, кількість пацієнтів з гнійно-некротичними ураженнями стоп, які вимагають хірургічного втручання, в тому числі ампутацій, залишається дуже високою. Близько 40—60% випадків від усіх нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок проводиться саме у хворих на цукровий діабет, причиною цих ампутацій у 80% випадків є гнійно-некротичні ураження та трофічна виразка стопи. З одного боку, дана проблема обумовлена об'єктивними причинами (важкий перебіг цукрового діабета, похилий або старечий вік пацієнта, гнійний характер ураження), з іншого – несвоєчасністю та неефективністю лікувально-профілактичних заходів (як терапевтичних, так і хірургічних). Також слід пам'ятати, що пацієнти з цукровим діабетом представляють собою групу високого ризику стосовно розвитку хірургічних ускладнень. Так, післяопераційна летальність у даних хворих в 4 рази перевищує летальність пацієнтів без цукрового діабету. Між тим, раціональний підхід до хірургічного лікування хворих на ЦД взагалі, та до пацієнтів із синдромом ДС особисто, дозволяє надати ефективну допомогу та мінімізувати можливі ускладнення.

Хірургічне лікування гнійно-некротичних уражень у хворих з ДС повинно сьогодні здійснюватись за такими основними принципами:

1. Корекція вуглеводного обміну за допомогою інсулінотерапії.
2. Адекватна хірургічна обробка рани.
3. Системна та місцева антибактеріальна терапія.
4. Антикоагулянтна терапія
5. Моніторинг процесу загоєння.

Розглянемо дані принципи більш детально. Отже, пацієнт під час операції та в ранньому післяопераційному періоді має отримувати інсулін короткої дії, незважаючи на характер терапії, що передував операції. При неускладненому перебізі післяопераційного періоду пацієнт через 5 - 7 днів може бути переведений на звичний для нього режим прийому цукор-знижуючих препаратів.

Адекватна хірургічна обробка рани передбачає максимально повне видалення некротизованих тканин, забезпечення ефективного дренажу й підготовку ложі рани до загоєння. Поверхня рани внаслідок правильної

хірургічної обробки має бути подібною до гострої хірургічної рани. Лікування рани слід розпочинати мазями на гідрофільній основі.

Ще в 1987 році, коли дослідницька група експертів ВООЗ запропонувала термін «ДС», вона рекомендувала розглядати дану проблему як потенційно інфекційну. Таким чином, антибіотикотерапія є обов'язковою складовою лікувального процесу хворих з синдромом ДС. Системна антибактеріальна терапія призначається впродовж 1-2 тижнів після операції, при цьому слід звертати увагу на стан нирок, які при цукровому діабеті втягуються до патологічного процесу надзвичайно часто. Застосовуються системні антибіотики широкого спектру дії з обов'язковою активністю проти анаеробних мікроорганізмів. Зважаючи на часту асоціацію цукрового діабету та грибкових інфекцій, а також з метою профілактики дисбактеріозу пацієнтам слід призначати антимікотичні препарати. Місцева антибактеріальна терапія передбачає використання мазьових форм на поліетиленоксидній основі (левомеколь, повідон-йод, мірамістинова мазь). Пріоритет в застосуванні саме цих препаратів у вигляді мазьових пов'язок в 1-ій фазі раньового процесу обумовлений їх тривалою осмотичною активністю (забезпечується санація рани від гною), широким спектром антибактеріальної та наявності антимікотичної (мірамістин, повідон-йод) дії. Під час 2-ої фази раньового процесу (зазвичай на 10-14 день після хірургічного втручання) з метою запобігання реінфікуванню використовували крем аргосульфат, мазь фузімет, ліофілізований гель альгіпор.

Високий ризик ускладнень тромботичної природи вимагав призначення антикоагулянтної терапії. Зазвичай використовувалися низькомолекулярні гепарини (фрагмін, клексан, цибор тощо). Для поліпшення процесів мікроциркуляції в умовах хронічної ішемії застосовували реополіглюкін.

Загоєння ран – складний процес, що відбувається на молекулярному, субклітинному, клітинному, тканинному і органному рівнях, кінцевою метою якого є ліквідація пошкодження з максимальним відновленням анатомічної структури за умови мінімальних функціональних втрат. Моніторинг загоєння зручно здійснювати, використовуючи систему MEASURE. Дана система відбиває низку позицій, а саме: M (Measure) – вимірювання рани (розміри, глибина, площа); E (Exudate) – ексудат (кількість та характер; A (Appearance) – зовнішній вигляд (раньове ложе); S (Suffering) – больовий синдром (характер і інтенсивність болю); U (Undermining) – деструкція (наявність або відсутність); R (Reevaluate) – спостереження (регулярний контроль усіх параметрів); E (Edge) – край (стан краю рани й оточуючої шкіри). Лікувальна тактика потребує зміни, якщо впродовж 4 тижнів раньовий дефект зменшився менш, ніж на 40%. Важливим моніторинговим елементом, яким на жаль нерідко нехтують, є динамічне спостереження за бактеріальним вмістом в тканинах рани й корекція антибактеріальної терапії за результатами даного аналізу.

Таким чином, своєчасне та комплексне хірургічне лікування гнійно-некротичних уражень стопи, яке ґрунтується на адекватній хірургічній

обробці гнійного осередка, доповненого системною та локальною антибактеріальною терапією, в умовах моніторингу процесу загоєння з необхідною динамічною корекцією лікувальних заходів забезпечує ефективність медичної допомоги хворим на цукровий діабет із синдромом ДС, зменшує кількість ампутацій та рівень інвалідизації.