

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Бекмуратов А.Я.¹, Мусиний С.М.²

1 – Алматинская многопрофильная клиническая больница, Республика Казахстан, г. Алматы;
2 – Центральная районная больница села Шелек, Республика Казахстан, Алматинская область

Наиболее частое и серьезное осложнение сахарного диабета - синдром диабетической стопы - проблема, сохраняющая ряд неясностей в патогенезе, диагностике, течении заболевания, лечении и профилактике. Быстрый рост распространенности сахарного диабета, особенно 2-го типа, явились основанием для экспертов ВОЗ говорить о пандемии этого заболевания. Разносторонность клинических признаков, сопровождающих синдром диабетической стопы, проявляется в сочетанном лечении заболевания. Врачу, установившему диагноз сахарный диабет, чаще приходится лечить не само заболевание, а его осложнения, привлекая в лечебный процесс специалистов смежных медицинских специальностей [2, 8]. Лидирующее положение среди всех осложнений принадлежит синдрому диабетической стопы, обычно встречающемуся в возрасте от 20 до 75 лет у 20-80 % больных, это осложнение становится основной причиной инвалидизации и больших социально-экономических затрат в медицине [3]. Присоединение гнойно-некротического процесса на фоне диабетической стопы более чем в 50-75 % случаев приводит к ампутациям наиболее часто на уровне бедра. Схематичное патогенетическое течение одного из осложнений сахарного диабета - синдрома диабетической стопы можно охарактеризовать следующим образом: первоначально проявляется клиника нейропатии и ангиопатии, переходящая в образование нейропатической или трофической язвы, присоединение инфекции и ампутация нижней конечности [1, 10]. Показатель летальности среди больных, перенесших высокую ампутацию по поводу синдрома диабетической стопы, в ближайшем послеоперационном периоде превышает 20 %, а в течение последующих 5 лет достигает 68 %. Анализ частоты ампутаций нижних конечностей выявил, что хирургическое пособие больным с синдромом диабетической стопы, производится в 17-45 раз чаще, чем у населения в целом, причем отмечено, что частота окклюзионных поражений периферических артерий у пациентов с данным заболеванием превышает таковую у лиц без сахарного диабета лишь в 4 раза [2, 9, 10]. Каждый час в мире происходит около 55 ампутаций нижних конечностей на различных уровнях. Несмотря на значительные достижения в области изучения патогенеза сахарного диабета и его осложнений, количество выполняемых ампутаций растет [4, 10]. Впервые возникший язвенный дефект на стопе, как правило, переходит в рецидивирующий. В течение 5 лет язвенные дефекты рецидивируют в 70 % случаев.

Изменения микроциркуляторного русла на нижних конечностях обладают прогностическим значением в формировании самого синдрома диабетической стопы и развиваются у больных любого возраста. Доказано, что микроангиопатия не имеет триггерного компонента в запуске механизма образования язвенно-некротического дефекта тканей стопы, а является нишей для формирования некротических поражений и причиной недостаточности микроциркуляторного кровотока, обусловленной развитием макроангиопатии и нейропатии [5, 7, 12]. В комплексе с этим микроциркуляторные изменения отягощают клинику нейро- и макроангиопатии, создавая условия, способствующие формированию гнойно-некротического поражения тканей стопы. С учетом полученных данных, совместно с врачом-эндокринологом, составлялась консервативная и хирургическая тактика лечения пациентов. Консервативная терапия включала: коррекцию острых и хронических признаков сахарного диабета, детоксикацию, использование препаратов, улучшающих реологические свойства крови, антибактериальную терапию (в случае возникновения влажной гангрены), коррекцию всех видов обмена и сопутствующей патологии. Местное лечение: осмотические препараты в виде компрессов, преследуя цель - снятие отека и улучшение микроциркуляции, использование мазевых средств на водорастворимой основе, физиотерапевтические процедуры.

В последние десятилетие, параллельно с местным лечением особенно важное значение приобретает, применение разгрузочной иммобилизации в области стопы, гипсовыми и полиуретановыми бинтами типа скотчкаст и софткаст. При оценке состояния стопы в динамике, при адекватной терапии пациент отмечает улучшение общего состояния, купируется болевая симптоматика, сохраняется щадящий объем движений, локально: закрываются свищи, раны стоп в размерах уменьшаются, отмечается краевая эпителизация, мягкие ткани на стопе без признаков воспаления.

Комбинированная терапия при синдроме диабетической стопы оправдана и клинически эффективна. Сочетанное использование курса консервативного лечения, местного лечения антибактериальных мазей и антисептиков, местной разгрузочной иммобилизации позволяют улучшить течение раневого процесса и ускорить регрессию клинических признаков осложнения сахарного диабета, сократить сроки закрытия трофического дефекта.

Для лечения осложнения сахарного диабета - синдрома диабетической стопы, приемлемо сочетание комбинаций препаратов. В качестве базисной группы предлагаем использовать кристаллоидные растворы, дополняя введением витаминов группы В, нестероидных противовоспалительных препаратов, декстранов в сочетании с антиагрегантами (реополиглюкин + пентоксифиллин), препаратов простагландина E1 - вазапостан, в сочетании с местным лечением крайне необходимо. Считаем, что включение разгрузочной иммобилизации при синдроме диабетической стопы, снижает сроки лечения, ведет к сокращению сроков нетрудоспособности пациентов, повышению качества жизни, что, в свою очередь, уменьшает экономическую нагрузку на пациента и общество в целом.