

*Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б.А.***ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ***E.J. Joldoshebcov, B.A. Sydykov***SURGICAL INTERFERENCE AT PATIENTS WITH SYNDROME OF DIABETIC FOOT**

УДК: 617.586.-02:616.379-008.64-06-089

Сложность лечения больных с осложнениями синдрома диабетической стопы объясняется многообразием патологических изменений. Часто после операции возникают осложнения, требующее повторного вмешательства. Проведение операции после коррекции сахара крови и активной консервативной терапии, снижает количество послеоперационных осложнений.

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

Difficulty of treatment patients with complication syndrome of diabetic syndrome explained differently pathologic changes. Often after operations arises complications, needs replay operations. Conducts operation after corrects sugar of blood and active conservation treatment reduces quantity past operation complications.

Key words: diabetic foot, operation, necrosis, pus.

Одним из частых осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) являются гнойно-некротические осложнения, характеризующиеся тяжелым течением. Даже мелкие царапины могут служить причиной тяжелых гнойных осложнений и около 3% больных с СДС является непосредственно причиной высоких ампутаций нижних конечностей. (С.В. Горюнов и соавт. 2004; И. И. Дедов и соавт., 2005; A J.M. Boulton, 2004).

Длительность госпитализации больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета составляет в среднем 86-91 день и на 47% превышает таковую при других осложнениях диабета и часто протекает как сепсис (П. А. Ерюхин, 2003; G.E.Reiber et al., 2002).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 151 больной, которые были госпитализированы и получили лечение в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 с различными осложнениями СДС. Средний возраст поступивших был 62,3 года и страдали они диабетом 2 -го типа. Мужчины и женщины поступали с одинаковой частотой. До лечения нами было анализировано архивные истории болезни 48 больных, которым были произведены различные виды операции. Ампутация на уровне бедра выполнена у 13 (27,0%) пациентов. У 5 (10,4%) из них операция произведена в первые сутки поступления в клинику, так как они поступили с влажными гангренами стопы с переходом в голень, а 8 (16,6%) пациентов получали лечение в течение 4-7 суток, но несмотря на проводимое лечение, процесс прогрессировал и им в

течение недели 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-х больных (8,4%) произведено до вскрытия 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 3 (6,3%) больных из-за прогрессирования гангрены конечности и интоксикации.

Основной проблемой хирургического лечения осложнений синдрома диабетической стопы является возможность сохранения ее опорной функции, так как в функциональном отношении они имеют значительные преимущества. Однако сложность проблемы состоит в увеличении количества гнойно-некротических и послеоперационных осложнений, возникновение которых зависело от целого ряда причин.

Основной задачей хирургической обработки является не только удаление и очистка очага, поддерживающего инфекцию, но и предупреждение его дальнейшего распространения. Мы при выборе метода хирургического лечения соблюдали берегательный принцип, старались не создавать обширные раны, в то же время она 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 максимальное иссечение всех некротизированных тканей. Удалялись явно нежизнеспособные структуры, так как отсутствовало четкие границы здоровых тканей из-за наличия ишемии, микро тромбозов, иммунодефицита, нарушения процессов репарации и, наконец, из-за сложности анатомического строения стопы.

Учитывая результаты хирургического лечения, а именно, что при выполнении ампутации и экзартикуляции пальцев стопы в течение первых суток с

момента поступления часто возникали осложнения, мы не спешили с проведением операций, а активно проводили консервативное лечение. При таком подходе на 4-6 сутки процесс отграничивался и появлялась четкая демаркационная линия. К этому времени создавалась необходимая концентрация антибиотиков в крови и тенденция к нормализации обмена веществ, и только тогда мы выполняли операцию.

При этом у 121 больных проведено 65 операций. Ампутация на уровне бедра произведена у 11 пациентов (16,9%), экзартикуляция пальцев стопы у 25 (38,5%), вскрытие флегмон у 17 (26,2%), вскрытие панарициев у 9 (13,8%). Кроме того у 3-х пациентов (4,6%) удалось произвести резекцию стопы.

Пальцы стопы ампутировали с обязательной резекцией головок плюсневых костей. Для уменьшения травматичности окружающих тканей использовали пилу Джильи. Сухожилия сгибателей и разгибателей пальцев максимально радикально иссекались для предотвращения распространения инфекции в проксимальном направлении. Учитывая, что наиболее часто процесс распространяется через сухожилие сгибателя первого пальца, мы старались более радикально 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 и перепиливается пилой Джильи. В затруднительных ситуациях производили расширение операционной раны по наружной и внутренней поверхности пальца.

Нами разработан зажим фиксатор для резекции плюсневых костей стопы (патент №1299), который представляют собой, с одной стороны, полуокружность. Неполная часть верхней бранши свободно проходит в эту полуокружность. Это дает возможность фиксировать кость любого диаметра, а в верхней части имеется распил для фиксации пилы Джигли.

При традиционной методике после рассечения мягких тканей плюсневые кости перекусываются щипцами Листона. При этом проксимальная часть кости также получает перелом, который в последующем становится причиной инфекционного ослож-

нения. После рассечения и формирования кожного лоскутка очищаются от мягких тканей плюсневые кости, нижняя полуокружность бранши зажима проводится под плюсневые кости вместе с пилой Джильи. Кость фиксируется зажимом и перепиливается пилой.

При этом осложнений не наблюдались.

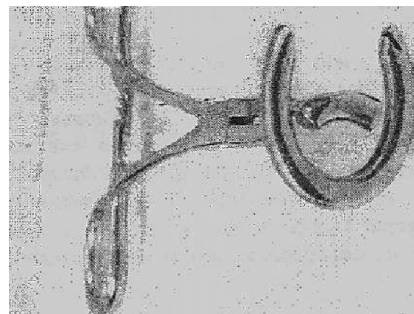


Рис.1. Зажим фиксатор

Выводы. Из вышеизложенного следует, что при поступлении больных с гангренами пальцев и акральными некрозами необходимо провести активную консервативную терапию и коррекцию сахара крови. К проведению ампутации необходимо подходить строго индивидуально и она должна выполняться только по жизненным показаниям. Использование зажима фиксатора позволяет избежать от послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Горюнов С.В. Гнойная хирургия. Атлас [Текст] / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, К.С. Бубывшенко. - М.: Бипом, 2004. - 556 с.
2. Дедов И.И. Диабетическая стопа [Текст] / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян.- М.: Практическая медицина, 2005.-197 с.
3. Ерюхин И. А. Хирургические инфекции: новый уровень познания и новые проблемы [Текст] / И.А. Ерюхин // Инфекции в хирургии. - 2003. - Т. 1, № 1.-С.2-7.
4. Boulton A.J.M. International collaboration on the diabetic foot: a 15-year progress report [Text] / A.J.M. Boulton // Diabet.Metab.Res Rey. - 2004. - Vol.20, suppl.1. - P.2-3.
5. Reiber G.E. Lower extremity foot ulcer and amputations in diabetes [Text]
6. G.E. Reiber, E.J. Boyko, D.G. Smith // Diabetes in America. - 2002. - Vol.95, # 2. P. 1468-1469.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.