

АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Стяжкина С.Н.¹, Ахмедханов Г.Р.², Гейдарова П.А.³, Юлдашев А.Ш.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;

²Ахмедханов Гайдар Рафикович – студент;

³Гейдарова Парвина Афган кызы – студент;

⁴Юлдашев Алишер Шодиевич – студент,
кафедра факультетской хирургии, лечебный факультет,
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: сахарный диабет – эндокринное заболевание, характеризующееся относительной или абсолютной недостаточностью гормона инсулина, вырабатываемого бета-клетками поджелудочной железы. В зависимости от типа недостаточности выделяют сахарный диабет первого и второго типа (СД 1, СД 2). В условиях хирургического отделения РКБ № 1 г. Ижевска были проанализированы 33 истории болезни с патологией указанной системы. Особое внимание уделялось полу и возрасту больных, длительности их нахождения на стационарном лечении, а также результатам лабораторно-инструментальных исследований. Рассмотрен и описан один из вариантов протекания на клиническом примере. Определена частота встречаемости заболевания среди населения Удмуртской Республики.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа.

Введение

В последние годы наблюдается значительный рост числа заболеваний эндокринной системы, что в свою очередь увеличивает частоту встречаемости осложнений данной патологии.

Синдром диабетической стопы (диабетическая стопа, англ. *diabetic foot*) — комплекс анатомо-функциональных изменений, развивающихся на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, остеоартропатии, способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей стопы, развитию гнойно-некротического процесса и в запущенных случаях ведущий к ампутации

Развитие синдрома диабетической стопы представляет собой сложный механизм различных процессов, происходящих во всем организме при сахарном диабете [1].

Для диагностики диабетической стопы, ее стадии и формы применяются следующие методы:

- Неврологическое обследование; Допплеровское исследование кровотока (УЗИ сосудов и течения крови по ним); Ангиография (обследование состояния сосудов стопы); Рентгенография стоп; Общий анализ крови; Гликемический профиль (определение уровня сахара крови в течение суток); Бактериологическая посев крови; Исследование содержимого из язв.

Лечение применяют консервативное и хирургическое.

К консервативному лечению относятся:

Нормализация уровня сахара в крови (инсулин, сахароснижающие препараты)

- Антибиотики широкого спектра действия (назначают индивидуально, в зависимости от полученных результатов из содержимого язв)

- Обезболивающие препараты (Диклофенак, Ибупрофен, Анальгин)

- Препараты, улучшающие кровоток по сосудам (Пентоксифиллин, Нормовен, Агапурин)

- Местные антисептические и антибактериальные препараты (назначают индивидуально, в зависимости от полученных результатов из содержимого язв)

- лечения синдрома диабетической стопы «Ронколейкином» [4].

- Оперативное лечение диабетической стопы

Используются следующие методы:

- Ангиопластика (восстановление проходимости по сосудам путем пластики сосудов).

- **Эндартерэктомия** (удаление невосстанавливаемых сосудов и запуск кровотока по дополнительным ветвям).

- **Аутовенозное шунтирование** (создание дополнительной ветки кровотока, в обход пораженным сосудам из небольших фрагментов собственных вен).

- **Стентирование артерий** на нижних конечностях (установка на сосудистые стенки специальных сеточек или других предметов, поддерживающих сосуды от спадения).

В группе риска находятся около 50% всех пациентов с сахарным диабетом, однако диабетическая стопа развивается лишь у 10% от общего числа диабетиков. После своевременного проведения адекватного лечения и соблюдения рекомендаций врача риск повторного развития равен не более 1%.

Цель исследования. Определить распространенность, длительность и тактику лечения заболевания среди населения Удмуртской Республики.

Материалы и методы. Исследование 34 историй болезни у пациентов с синдромом ДС, госпитализированных в проктологическое отделение ИРКБ г. Ижевск с 01.09.16 по 28.02.17 г.

Клинический пример: пациент М., 69 лет, проживающая в г. Ижевске, пенсионерка, находилась на стационарном лечении в проктологическом отделении ИРКБ с 04.04.2017 г. по 17.04.2017 г. с диагнозом: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Гангрена левой стопы. Сахарный диабет, II тип. Тяжелое течение. Декомпенсация.

Жалобы при поступлении: на выраженные боли в левой стопе, зябкость и онемение в левой стопе. Наличие трофической язвы первого пальца левой стопы.

Считает себя больной с 2007 года, когда стала отмечать утомляемость в правой нижней конечности при ходьбе (язвы правой стопы). В октябре 2010 года ампутация правой нижней конечности до уровня средней трети бедра, по поводу критической ишемии. С 2015 года стала отмечать трофические язвы на первом пальце левой стопы. Лечилась у хирурга по месту медицинского обслуживания. Отмечала незначительное улучшение. С начала 2017 года отмечает трофические изменения в левой стопе, выраженные боли в левой стопе. Консультирована заведующим отделением ОВХМД

Общий осмотр больного на момент поступления. Состояние ближе к удовлетворительному, в сознании. Кожа и склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный. Пульс 76 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 18 ударов в минуту.

Status localis при поступлении. Ампутационная культя правой нижней конечности без особенностей. Левая нижняя конечность бледная, гипотрофичная, гиперемирована, холодная. Подкожные вены на тыле левой стопы спавшиеся. На концевой фаланге первого пальца левой стопы отмечается сухой некроз. Активные движения в пальцах левой стопы резко ограничены. Пульсация на общей бедренной артерии слева удовлетворительная, дистальнее не определяется.

УЗИ артерий левой нижней конечности с ЦДК от 26.01.2017.

Увеличенные бедренные лимфатические узлы, лимфоотек голени, выраженное в н/з и области г.с.с. Артерии изменены и по атеросклеротическому типу на всем протяжении в виде пролонгированных, концентрических, гетерогенных, с гиперэхогенными включениями, дающими акустические тени АСБ. ПБС без косвенных признаков значимых сужений, ОБА этажно сужены ближе к бифуркации до 50-60%, включая устье ГБА, ПБА этажно сужены до 35-40%, ПА в проксимальном отрезке этажно сужена до 45%, и в дистальном-окклюзирована, ЗББА окклюзированы, ПББА этажно окклюзированы, заполняются единичными фрагментами.

Лабораторные данные: в полном анализе крови на 10.04.17: лейкоцитоз до $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$; эритроциты до $3,98 \cdot 10^{12}/\text{л}$. гемоглобин снижен до 106 г/л; гематокрит снижен до 81,9 л/л:

Нормохромная анемия средней степени, гипорегенераторная.

Биохимический анализ крови: K^+ 3,38 ммоль/л, АЧТВ : 78 сек.

Остальные показатели биохимического анализа крови в пределах нормы.

Гликемический профиль : глю в 7 :30 =6,91 ммоль/л , 10:30- 9,99 ммоль/л , 14:45-9,33 ммоль/л, 19:45- 8,06 ммоль/л.

Клинический анализ мочи: белок 0,4 г/л

Было проведено лечение: Ампутация левой нижней конечности на уровне с/3 бедра. 07.04.2017г. продолжительность 40 мин.

Под спинно-мозговой анестезией на уровне в/3 левого бедра наложен жгут. На уровне с/3 левого бедра выкроен кожный лоскут. Выделены и перевязаны бедренные сосуды, пересечен бедренный нерв. Бедренная артерия плотная, диаметром до 0,6 см – при ее пересечении хруст ткани, а в просвете атеросклеротические массы белого цвета, перекрывающие просвет более, чем на $1/2$ ее диаметра. Выделен и пересечен седалищный нерв. Ампутационным ножом пересечены мышцы на уровне с/3 бедра до кости. Кость обработана распатором, перепилена проволочной пилой. Джильи-Оливекпрна. Опил обработан. Снят жгут. Контроль гемостаза. Послойно швы на рану с формированием культи. Дренирование перикостального пространства хлорвиниловой трубкой. Спирт. Повязка.

Препарат: на гистологическое исследование направлен фрагмент бедренной артерии.

Консервативное лечение: кеторол; фенозипам; фосфоглиф; физ.р-р NaCl 0,9% 500,0; кордафлекс; дюфалак; тромбо асс; трамадол; зилт; гепарин; перевязки

Полученные результаты и их обсуждения.

Механическая желтуха чаще встречается у лиц старше 45 лет. Преимущественно страдают мужчины. У всех исследованных выявлены следующие клинические отклонения показателей от нормы: повышенный уровень глюкозы в крови, белок в моче, изменение плотности мочи. Лабораторные данные на момент поступления: увеличение уровня глюкозы в крови.

Основной лечебной тактикой данного заболевания является ампутация конечности, для предотвращения прогрессирования трофических изменений.

Выводы.

1. В ходе нашей работы было отмечено 36 госпитализированных больных в период с апреля 2016 по апрель 2017 года с диагнозом «Диабетическая стопа». Среди них мужчин-67%, женщин 33%.
2. Возраст мужчин составил 45-62 года; женщин 51-77 лет.
3. Средний койко-день в стационаре составил 21 день.

Список литературы

1. Синдром диабетической стопы. Анциферов М.Б., Токмакова А.Ю., Галстян Г.Р., 2010 г. Медицинская литература, книга по медицине. Учебник.
2. Шепелькевич А.П. Вторичный остеопороз: эндокринологические вопросы. Диагностические подходы и принципы лечения: учеб.-метод. пособие / А.П. Шепелькевич, З.В. Забаровская. Мн.: БГМУ, 2002.
3. Схемы лечения основных заболеваний эндокринной системы / И.А. Курникова, А.М. Корепанов, Т.Е. Чернышова, Г.И. Климентьева // Учебно-методическое пособие. Ижевск, 2005. 52 с.
4. Стяжкина С.Н., Ахмедханов Г.Р., Гейдарова П.А., Юлдашев А.Ш. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ «РОНКОЛЕЙКИНОМ» // Наука и образование сегодня. № 5 (16), 2017.