



В настоящее время мы планируем провести артродезирование голеностопного сустава после некрэксвестрактомии и курса антибактериальной терапии.

Вывод: наружная фиксация переломов, развившихся при ОАП Шарко, может усугубить заболевание и привести к развитию остеомиелита. Раннее восстановление опоры на конечность также усугубляет ситуацию. Хирурги – ортопеды должны быть информированы о том, что все случаи переломов костей стопы у пациентов с сахарным диабетом могут происходить на фоне ОАП, что требует менее агрессивной тактики и более длительной иммобилизации.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Грачева Т.В.¹, Галимзянов Ф.В.¹, Мкртумян А.М.²

¹ГУЗ СОКБ№1, г. Екатеринбург, ²МГСМУ, г. Москва

Актуальность проблемы: хотя отрицательное влияние гипергликемии на течение хронического раневого процесса бесспорно, доказательства того, что быстрое устранение гипергликемии ускоряет заживление ран, не получены. Интенсивная инсулиноterapia с целевыми значениями препрандиальной глюкозы 4,4-6,1 ммоль/л у пациентов хирургических стационаров привело к шестикратному увеличению количества гипогликемий, которые явились независимым фактором риска летального исхода [Moghissi E. et al., 2009.]. До сих пор неясными остаются оптимальная методика введения и группа пациентов, наиболее нуждающаяся в жестком контроле гликемии, продолжают оставаться неизвестными. [Pittas A. G. et al., 2004, Bryer-Ash M. et al, 2005]. Консенсус американских

эндокринологов 2009 г. определила целевые концентрации гликемии натощак 5,6-7,8 ммоль/л для пациентов, находящихся в стабильном состоянии. При критическом состоянии пациентов целевыми определены более высокие уровни гликемии.

Целью настоящего исследования является анализ результатов сахароснижающей терапии во время хирургического лечения пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: изучены 195 случаев госпитализации по поводу осложненными формами синдрома диабетической стопы в отделения хирургической инфекции ГУЗ СОКБ №1 г. Екатеринбурга с 01.2005 по 12.2008. В 1-ю группу выделены пациенты, которым были выполнены ампутации проксимальнее середины стопы (23 пациента), во вторую группу – пациенты, которым выполнены органосохраняющие операции (94 пациента, 172 случая госпитализации). Целевыми были определены уровни препрандиальной гликемии 5,6-7,8 ммоль/л и постпрандиальной или случайно определенной в течение дня – 5,6-11,1 ммоль/л.

Результаты: у 56% пациентов 1 группы и 62% 2 группы уровень препрандиальной гликемии был выше 7,9 ммоль/л. На инсулинотерапию были переведены 76% пациентов, получавших до госпитализации таблетированные сахароснижающие препараты. Основным режимом инсулинотерапии был режим «базис-болус». Пациенты, которым ранее был назначен инсулин в режиме инъекций инсулина короткого действия 5-6 раз в сутки, также были переведены на режим базис-болус.

У пациентов 1-й группы ($8,55 \pm 3,45$ vs $8,03 \pm 2,20$ ммоль/л, $p=0,54$) и 2-й ($9,28 \pm 3,94$ vs $7,65 \pm 2,20$ ммоль/л, $p=0,00$) к моменту выписки из стационара снизился уровень гликемии натощак. При этом постпрандиальная гликемия достоверно снизилась в обеих группах ($9,28 \pm 3,52$ vs $6,61 \pm 2,32$ ммоль/л, $p=0,04$ и $10,48 \pm 3,83$ vs $7,32 \pm 2,61$ ммоль/л, $p=0,00$ соответственно). Гликемия натощак также снизилась к моменту окончания госпитализации, однако значимым это снижение было только у пациентов с органосохраняющими операциями ($p=0,000$).

Количественный показатель пациентов, имеющих гликемию выше 11,1 ммоль/л, отражает данные об успехе сахароснижающей терапии и эффективности лечения инфекционного процесса. К выписке произошло снижение количества пациентов с гипергликемией натощак, значимое в группе пациентов с органосохраняющими операциями ($48(27,9\%)$ vs $12(7,0\%)$, $p=0,00$). В группе пациентов после больших ампутаций показатель остался на прежнем невысоком уровне ($3(13,0\%)$ vs $1(4,5\%)$, $p=0,62$). То, что снижения сахара удалось добиться не у всех пациентов, говорит о тяжести состояния пациентов, сохранении у ряда из них инфекционного процесса и ишемии, что впоследствии приводило к повторным госпитализациям. Особые трудности представлял собой процесс достижения компенсации у пациентов 1 типа с большим стажем СД, самостоятельно выполняющих инъекции инсулина и не всегда следующих рекомендациям по коррекции инсулинотерапии – в 7 случаях из 12 гипергликемия натощак выше 11,1 ммоль/л была именно у таких пациентов.

Применение инсулинотерапии в режиме базис-болус и коррекция ее по гликемии не привели к увеличению числа пациентов с лабораторно зафиксированным низким уровнем сахара натощак – в 1-й группе 1 (4,5%) vs 1 (4,5%), 0,50, $p=0,48$, ($p>0,1$), и во 2-й – 4 (2,3%) vs 2 (1,2%), 0,17, $p=0,68$. В обеих группах этот показатель остался на низком уровне и к моменту выписки из стационара. В обеих группах не было зафиксировано случаев тяжелой гипогликемии и кетоацидотических либо гиперосмолярных состояний.

Выводы: В связи с отсутствием прямых доказательств, что при интенсивной инсулинотерапии с целевыми значениями гликемии 4,4-6,1 ммоль/л улучшается течение гнойно-некротического процесса, мы считаем целесообразным поддержание гликемии на уровне 5,6-11,1 ммоль/л в течение дня. Это позволяет избежать тяжелых гипогликемических и гипергликемических состояний, не требует дополнительных производственных затрат и согласуется с современными рекомендациями по лечению гипергликемии в условиях стационаров.

ФИЗИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС).

Т.В. Грачева*, Т.М. Богомягова*, Е.Б. Городецкий*,
Ф.В. Галимзянов*, Е.Ю. Левчик* – ГУЗ СОКБ№1

Областной Клинический Психоневрологический Госпиталь для Ветеранов Войн

Выполнено исследование физических возможностей и способностей к выполнению простых действий в пределах дома. Использован метод анкетирования у 116 пациентов, оперированных в отделениях гнойной хирургии ГУЗ “Свердловская областная клиническая больница № 1” с 01.01.2005 по 31.12.2007. Группу сравнения составили пациенты с сахарным диабетом без СДС (84 человек), значительно не отличавшихся по демографическим показателям, при помощи анкет функциональной шкалы нижних конечностей (ФШНК). Анкета функциональной шкалы нижних конечностей составлена из 20 вопросов, касающихся физических затруднений, связанных с функцией нижних конечностей. Максимальная сумма – 80 баллов – соответствует полной функциональной полноценности нижней конечности. Отдельно была изучена возможность пациентов к самообслуживанию в пределах квартиры с помощью вопросов, касающихся простых действий в пределах квартиры – пользование ванной, ходьба по квартире, надевание носков и обуви, посадка – высадка из автомобиля, сидение на стуле в течение часа, повороты в кровати

Результаты: Наиболее низкие физические возможности выявлены у пациентов после ампутаций выше уровня лодыжки.

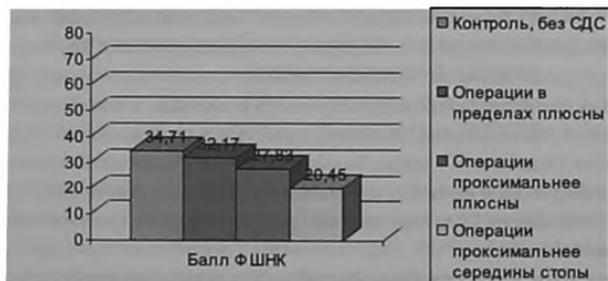


Рис. 1. Показатели ограничения в общей физической активности в зависимости от уровня оперативного вмешательства, $P < 0,05$

Пациенты после хирургического лечения сохраняют возможность выполнения простых действий в пределах дома, сравнимую с пациентами без СДС.