

снятия наблюдалась полная эпителизация язв. Повторных наложений повязки не понадобилось.

Результаты и их обсуждение

Критериями заживления язвы являлись прекращение промокания повязки, уменьшение отека конечности. Модифицированная повязка Унна снималась через 2-3 недели. После снятия наблюдалась полная эпителизация язв. Повторных наложений повязки не понадобилось.

Выводы:

Предложенная модификация классической повязки Унна значительно сокращает сроки заживления трофических язв, не ограничивает физическую активность пациента и незначительно влияет на качество жизни.

В жаркое время года, чтобы повязка была суше и тверже слегка увеличивается в составе количество цинка и желатина (чтобы повязка не размягчилась вокруг лодыжек и на стопе). Зимой, если повязка оказывается слишком сухой и твердой, в ней следует уменьшить содержание окиси цинка.

В отличие от воды, фурацилин обладает антимикробной активностью. Активен в отношении возбудителей анаэробной инфекции, грамположительных и грамотрицательных бактерий (стафилококков, стрептококков, дизентерийной палочки, палочки паратифа).

В присутствии гноя, сыворотки крови активность фурацилина не снижается, что очень важно, так повязка накладывается на длительный срок и, нет возможности контролировать процессы, происходящие под ней.

Повязка Унна позволяет длительное время поддерживать на физиологическом уровне водный и температурный баланс кожи, защищает регенерирующую поверхность от повреждений, инфекций.

Данная модификация проста в исполнении и может быть предложена для широкого использования.

Литература:

1. Дарабан Е. В. Готовые лекарственные средства. / Дарабан Е. В. // - Киев: Здоровье; Издание 4-е. 1975- 316с.
2. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. / Е.М. Липницкий // – М.: Медицина, 2001. – 160 с.
3. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей / В. С. Савельев, В.А. Гологорский, А. И. Кириенко и др.: Под ред. В.С. Савельева. // – М.6 Медицина, 2001. – 664 с.

УДК 616.379-008.64

Р.А. Костромин, О.В. Киршина, А.В. Токарев
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В
СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Кафедра хирургических болезней

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

R.A. Kostromin, O.V. Kirshina, A.V. Tokarev

**RESULTS OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME
COMBINED WITH ATHEROSCLEROSIS OBLITERANS OF LOWER LIMB
ARTERIES**

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: kostromin.r@gmail.com

Аннотация. У половины пациентов с синдромом диабетической стопы выявляется наличие облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. Эти заболевания взаимно отягощают друг друга и приводят к необходимости выполнения радикальных хирургических операций. В данной статье рассмотрены результаты лечения пациентов с данными заболеваниями.

Annotation. Half of patients with diabetic foot syndrome have atherosclerosis obliterans of lower limb arteries. These diseases make each other worse. This leads to an increase in radical surgery. This article describes the results of treatment of patients with these diseases.

Ключевые слова: диабетическая стопа, атеросклероз

Keywords: diabetic foot, atherosclerosis

Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы. Число больных СД и атеросклерозом с каждым годом растёт. По данным Международной диабетической федерации, в настоящее время в мире насчитывается 4,9 миллиона больных СД первого типа и ожидается увеличение до 5,3 миллионов к 2011 г., в то время как количество больных СД второго типа в мире 151 миллион, а к 2011 г. ожидается 213 миллиона [1].

В последние годы все большее внимание уделяется вопросам оказания специализированной помощи больным сахарным диабетом, у которых сформировался «синдром диабетической стопы». СДС был определен как патологическое состояние стопы при СД, возникающее на фоне патологии периферических нервов и сосудов, характеризующееся поражением кожи и мягких тканей, костей и суставов, проявляющееся в виде трофических язв, костно-суставных изменений и гнойно-некротических процессов. Развитие гнойно-некротических процессов на фоне СДС в 50–75% случаев приводит к ампутации. Частота ампутаций у больных СД, по различным источникам, в 17–45 раз выше, чем у лиц, не страдающих СД; до 30% пациентов после первой ампутации подвергаются ампутации второй конечности в течение ближайших 3 лет, и до 50% – в течение 5 лет. [3]

Больные диабетом являются «группой риска» по возникновению

атеросклероза артерий нижних конечностей, при этом развитие сосудистых поражений при сахарном диабете является настолько характерным, что послужило основанием для определения его как заболевания сердечно-сосудистой системы. Вместе с тем, сахарный диабет и атеросклероз тесно ассоциированы. Их взаимосвязь определяется как высокой частотой общих факторов риска, однонаправленными патогенетическими механизмами, сходными звеньями метаболических нарушений, но самое главное, общностью взаимоотягощающих признаков ухудшения качества жизни пациентов и взаимоотягощающих развитие риска прогрессирования заболеваний и преждевременной смерти. С одной стороны, диабет ухудшает результаты восстановительных операций, с другой - поражение дистального артериального русла при диабете делает выполнение реконструктивных операций при облитерирующем атеросклерозе невозможным. [2] Таким образом, пациенты с синдромом диабетической стопы в сочетании с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОАСНК) относятся к особой группе пациентов, требующей повышенного внимания со стороны медицинского сообщества, особой диагностической и лечебной тактики.

Цель исследования – оценка результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в сочетании с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования

Проведена ретроспективная оценка историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии МАУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга в 2014 – 2015 гг. Всего было изучены истории болезни 59 пациентов (36 пациентов за 2014 и 23 пациента за 2015 год). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с СДС без ОАСНК (54% пациентов). Во вторую группу пациенты с СДС и ОАСНК (46% пациентов). Средний возраст составил: в 1 группе $57 \pm 9,8$ лет, во 2 группе - $68,3 \pm 7,5$ лет. Соотношение пациентов по полу достоверно не отличалось. Для оценки диабетических язв использовали классификация Техасского университета [4]. Статистическую обработку данных проводили в программе MO Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено, что 64,4% пациентов с синдромом диабетической стопы имеют язвы, распространяющиеся до кости и сустава, с признаками инфицирования (30,5 % - III В по Армстронг [4]) и язвы, распространяющиеся до кости и сустава, с признаками инфицирования и ишемии (33,9% - III D по Армстронг [4]). Только у 50% процентов с признаками ишемии и инфицирования язв при проведении ультразвуковой доплерографии поставлен диагноз: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

При изучении патоморфологии СДС в 1 группе пациентов (с ОАСНК) достоверно ($p=0,05$) чаще выявляли наличие гангрены нижней конечности и

гангрены стопы. Во 2 группе пациентов (без ОАСНК) достоверно ($p=0,05$) чаще патоморфологическими формами были флегмона стопы и трофическая язва пальца стопы (см. рис. 1).

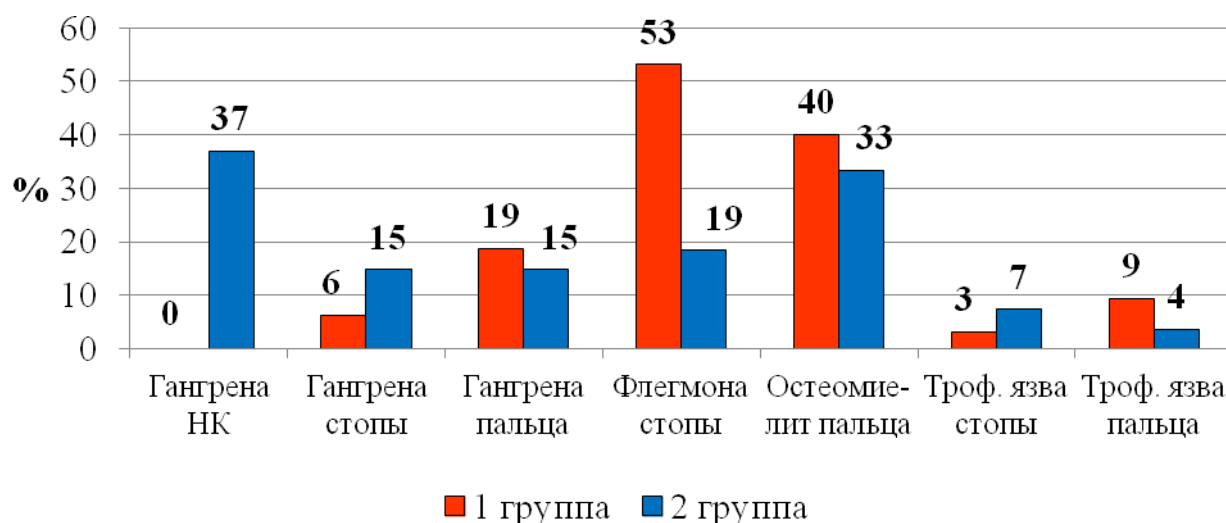


Рис. 1 Патоморфология синдрома диабетической стопы

По данным истории заболеваний пациенты 2 группы (с ОАСНК) достоверно чаще обращаются в стационар в сроки более трех недель с момента обострения в сравнении с 1 группой пациентов, что отражается на тяжести заболевания и радикальностью оперативного вмешательства. Ампутации на уровне верхней трети бедра и голени проводились только у пациентов 2 группы (с ОАСНК). Данные операции относятся к числу инвалидизирующих, значительно снижая качество жизни пациентов. В свою очередь, в 1 группе преобладающими видами операций были санации очагов (разрезы, резекции, некрэктомии, дренирование) (см. рис. 2).

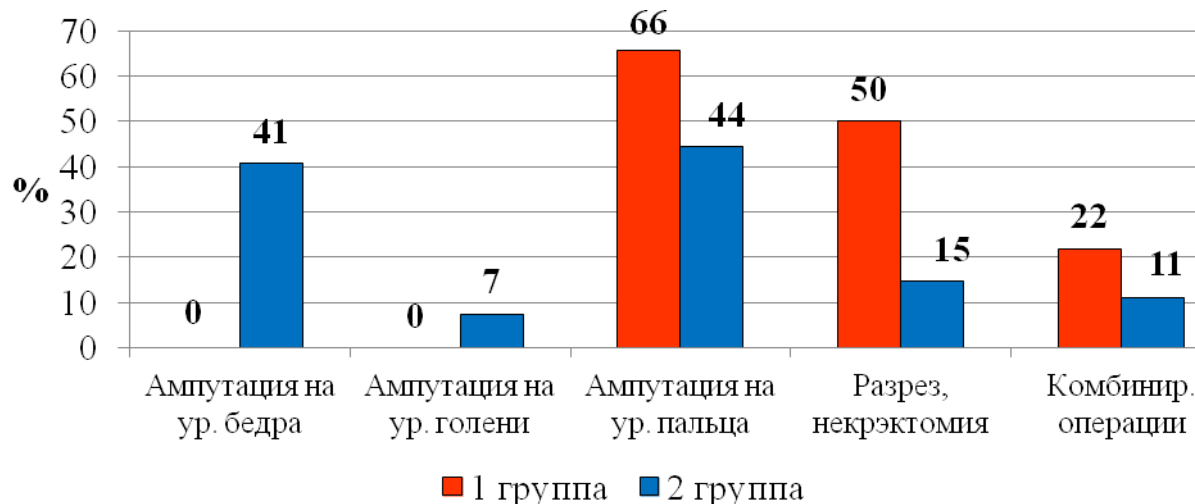


Рис. 2 Оперативное лечение синдрома диабетической стопы

Очень важным фактором, влияющим на прогноз заболевания и выбор лечебной тактики, является наличие сопутствующих заболеваний. По результатам исследования у пациентов 2 группы (с ОАСНК) достоверно чаще

среди сопутствующей патологии выявлены сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность); дисциркуляторная энцефалопатия и ОНМК в анамнезе; а также хроническая анемия.

В связи с наличием выраженных патоморфологических изменений нижних конечностей, высокой травматичностью и радикальностью хирургических операций, наличием сопутствующих заболеваний во 2 группе (с ОАСНК) летальность составила 11%, в то время как в 1 группе летальных исходов за исследуемый период не было.

Выводы:

1. Пациентов с синдромом диабетической стопы в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей необходимо выделять в отдельную группу в связи с наличием выраженных патоморфологических изменений нижних конечностей, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний и высокой летальностью.

2. Для профилактики данной группы пациентов обязательным условием является раннее обследование магистрального кровотока (УЗДС, УЗДГ и, по показаниям, КТ-ангиографии), желательно на догоспитальном этапе, с регулярными исследованиями в динамике.

3. Раннее выявление поражений артериального русла у пациентов с синдромом диабетической стопы улучшает прогноз, уменьшает количество высоких ампутаций, ускоряет сроки заживления и способствует повышению качества жизни данных пациентов.

Литература:

1. Анциферов М.Б. Методы диагностики и лечения диабетической макроангиопатии. / М.Б. Анциферов, Д.Н. Староверова // Русский медицинский журнал – 2003. – Т. 11. – № 27 – с. 1503-1507

2. Кокобелян А.Р. Особенности обследования и лечения больных с синдромом диабетической стопы и атеросклерозом артерии нижних конечностей / А.Р. Кокобелян // автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Нижний Новгород, 2004

3. Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом. – М. – 2002

4. Lavaery L.A., Armstrong D.G., Harkless L.B. Foot Ankle Surg, 1996, с. 528–531.