

**Опыт лечения осложнений
синдрома диабетической стопы на
базе отделения ССХ ВК ОМО**

Одной из самых важных проблем современной диабетологии остается синдром диабетической стопы. В 30 – 50 % случаев гангренозное поражение стоп завершается ампутацией конечности. По данным экспертов по диабетической стопе 40 – 70 % всех нетравматических ампутаций в мире производится больным с синдромом диабетической стопы. Более чем у 70% больных СД развивается синдром «диабетической стопы» – которым обозначают сложный комплекс анатомо-функциональных изменений в тканях стопы, связанный с диабетической микро и макроангиопатией, нейропатией и остеоартропатией, на фоне которых развиваются тяжелые гнойно-некротические процессы.

Классификация патогенеза синдрома диабетической стопы

(Принята на 1-ом международном симпозиуме по диабетической стопе, Нидерланды, 1991г.).

- 1 — нейропатическая инфицированная стопа, для которой характерно наличие длительного диабетического анамнеза, других поздних осложнений диабета, отсутствие болевого синдрома, обычная окраска и температура кожных покровов, сохраненная пульсация на артериях стоп, снижение всех видов периферической чувствительности.
- 2 — ишемическая гангренозная стопа, с выраженным болевым синдромом, бледностью кожных покровов и снижением их температуры, резким снижением пульсации на артериях стоп и сохраненной чувствительностью. Этому состоянию, как правило, сопутствуют гипертензия и дислипидемия.
- 3 — смешанная форма (нейроишемическая)

Сахарный диабет

Нейропатия

Ангиопатия

Моторная

Сенсорная

Автономная

Ограничение подвижности суставов

Постуральные и координационные нарушения

Снижение болевой и проприоцептивной чувствительности

Снижение потоотделения

Нарушение регуляции кровотока

Сухая кожа, трещины

Микроангиопатия

Патология периферических сосудов

Деформации стоп, сдавление и сила сдвигения

Ишемия

Мозоли

Травма

Травма

Язва стопы

Гангрена

Плохо подобранная обувь
Нежелание выполнять рекомендации врача
Неадекватная оценка своего состояния
Отрицание недостатка обучения как пациентов, так и медиков

Инфекция

Ампутация

Классификация поражения стоп при диабете в зависимости от глубины разрушения тканей

(классификация Вагнера).

- 0 стадия — состояние стоп у больных сахарным диабетом, входящих в группу риска;
- 1 стадия — поверхностная язва;
- 2 стадия — язва проникает через все слои кожи и дно ее располагается на сухожилии;
- 3 стадия — глубокая язва, проникающая до мышц, с массивным бактериальным загрязнением, развитием абсцесса и возможным присоединением остеомиелита;
- 4 стадия — гангрена стопы или отдельного пальца.



A



A

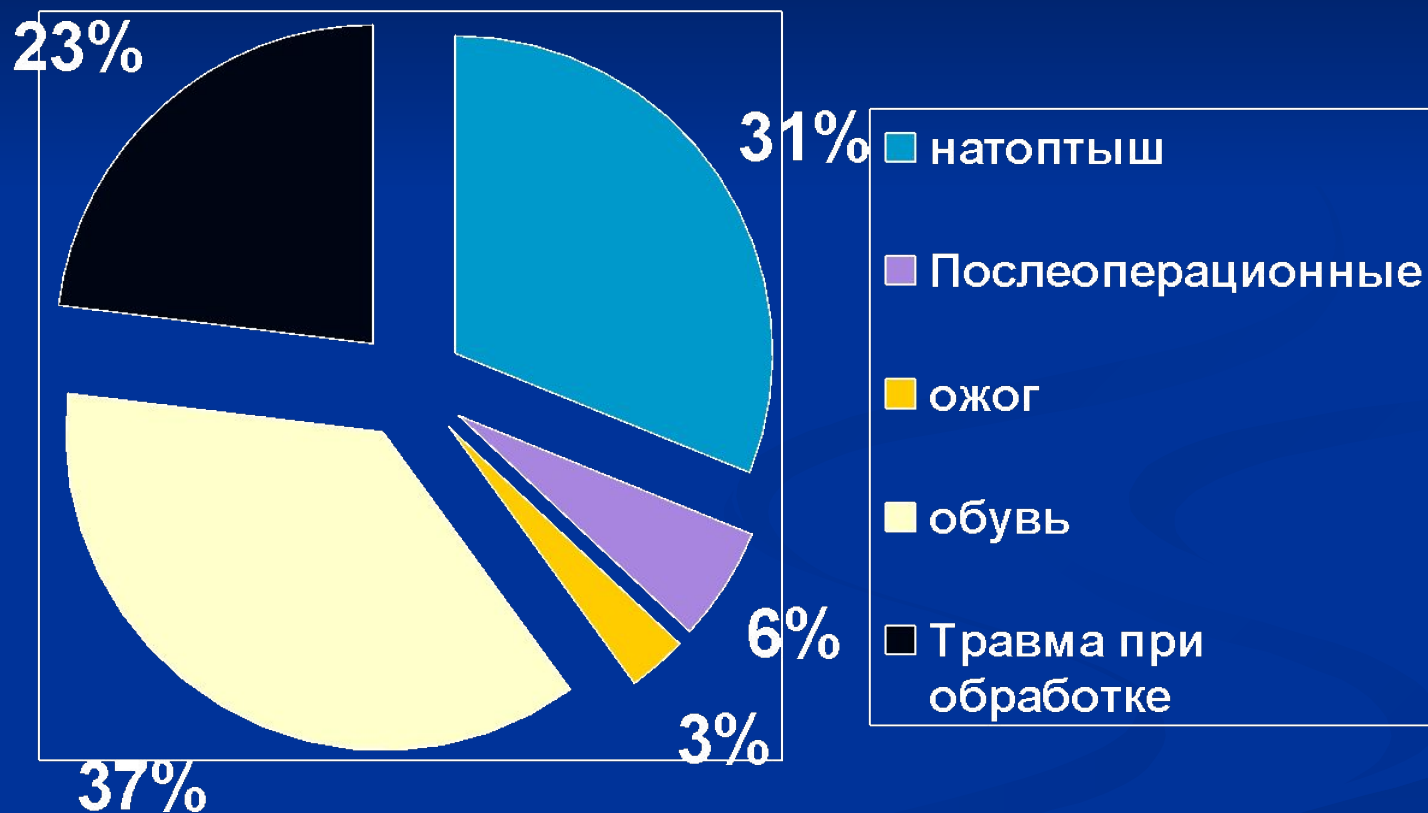


6





ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СТОП



Стадиям поражения стоп при сахарном диабете.

- 1ст. - Стопа в нормальном состоянии, без признаков высокого риска образования язв.
- 2ст. - Наличие одного или более признаков образования язв на стопе (нейропатия, ишемия, деформация, участки гиперкератоза, отечность стопы).
- 3ст.- Язвенный дефект на стопе (на подошвенной поверхности при нейропатической форме или по краям стопы в виде центральных язв при нейроишемической форме).
- 4ст. - Наличие признаков глубокой инфекции, что может осложнить течение как нейропатической, так и нейроишемической формы поражения стопы.
- 5ст. - Наличие некротических изменений на стопе при нейропатической формы основной причиной некроза является инфекция, в то время как при нейроишемической форме развитие некроза может быть связано с критической ишемией.
- 6ст. - Гангрена стопы, когда ампутация конечности неизбежна.

Исходя из вышеуказанных классификаций, определяется комплекс мер по профилактике (1-2ст.), консервативное лечение (3ст.), хирургическое лечение (4-6ст.).

Тактика диагностики осложнений СДС в отделении сердечно-сосудистой хирургии ВК ОМО

1. Р-графия пораженной н/к.
2. УЗИ ДГ сосудов н/к.
3. Селективная аорто-артериография н/к с
баллонной ангиопластикой берцовых
артерий н/к.
4. Определение транскутанного напряжения
кислорода, то есть оценка насыщения
кислородом кожи стопы

Консервативное лечение

1. Коррекции глюкозы крови.
2. Аспирин 0,5г., 1/4таб. 1 р/д,
Тромбо АСС 50мг, 1р/д,
Кардиомагнил 75мг, 1р/д.
3. Тиогама 600мг. в/в на физ. р-ре. с последующим приемом пероральной формы
4. Платифиллин 0,2%- 2,0мл, в/м.
5. Актовегин 20% на физрастворе 400мл., в/в.
6. Реополиглюкин - 400 мл., в/в.
7. Вазопростан – 40 мг, на физрастворе 400мл., в/в.
8. Вазонит – 600 мг, 1 кап. 2 р/д
9. Гипербарическая оксигенация № 5.

Фармакологические эффекты Тиогаммы

- Влияние на энергетический метаболизм, обмен глюкозы и липидов.
- Цитопротективное действие
- Влияние на реактивность организма
- Нейротропный эффект
- Дезинтоксикационное действие

Хирургическое лечение

- Локальные оперативные вмешательства при гнойно-некротических процессах (некрэктомии, малые ампутации, разрез и дренирование) на стопе выполняются в следующих случаях: в отсутствии выраженного отека и при нормальном состоянии кожи на большей части стопы; при сохранении пульсации на бедренной артерии; хорошей антибактериальной терапии (2-3 антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры); внутриартериальное введение антибиотиков на пораженной нижней конечности; хорошем кровоснабжении стопы по данным УЗИ ДГ или ангиографии н/к.
- В остальных ситуациях показана ампутация на уровне голени или бедра.

Профилактика

- Ежедневный осмотр стоп, ноги следует мыть ежедневно, исключить охлаждение и перегревание ног, использовать шерстяные или хлопчатобумажные носки, которые должны строго соответствовать размерам стоп и никогда не быть штопанными или рванными. Профилактика вросшего ногтя. Обувь должна быть строго по размеру стопы.

Заключение

- Синдром диабетической стопы является сложным клиническим состоянием, не относящимся к «компетенции» какой-либо одной медицинской специальности. Как правило, в лечении пациента с данной патологией вовлекаются разные специалисты: эндокринолог, хирург, ангиолог, подиатр, ортопеды, обувщики и др.