

**АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Павлов Ю.И., Сидоренко И.К., Светлакова И.А., Школенко И.Н., Анфимова И.А.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»

Проведено изучение непосредственных и отдаленных (11 лет) результатов хирургического лечения 2612 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС). В 1 (основную) группу вошли 1546 (59,2%) больных, которым проводилось лечение в Диабетологических центрах, в структуру которых включены кабинеты диабетической стопы, профильные койки в гнойном хирургическом отделении, реализована система междисциплинарного ведения больных по протоколу. Во 2 группе (сравнения), 1066 (40,8%) больных, лечение проводилось в отделениях *не специализированных* по лечению гнойных осложнений СДС.

Анализ распространенности гнойно-некротических осложнений СДС в г. Челябинске, показал, что с 1996 по 2006 г.г. наблюдался рост госпитализированной заболеваемости с 26,0 до 60,2 на 100000 взрослого населения ( $p < 0,001$ ). Компьютерная аппроксимация указывает на увеличение распространенности гнойно-некротических осложнений СДС для СД 2 типа до 110 на 100000 населения к 2010 году ( $R^2 - 0,9849$ ).

Учитывая различия в патогенезе нейропатической и ишемической форм СДС нами разработана *активно-выжидательная тактика* лечения гнойно-некротических осложнений. При нейропатической форме СДС, уже в ранние сроки целесообразна *активная* тактика с выполнением широкого спектра вмешательств – от некрэктотомии до пластических операций. При ишемии хирургические вмешательства на стопе были минимальными и, по-возможности, носили отсроченный характер. При этом первоочередной задачей, после вскрытия гнойного очага и некрэктотомии, было стремление к улучшению кровотока. *Выжидательная* тактика при ишемических некрозах позволяет купировать острый гнойный процесс, медикаментозно и непрямыми методами реваскуляризации улучшить кровообращение, провести обследование, нормализовать гликемию, принять решение о возможности ангиохирургической реваскуляризации. Используя, дифференцированную активно-выжидательную тактику при различных формах СДС, можно либо избежать ампутации, либо значительно снизить ее уровень. Проведенное исследование позволило обосновать ограничения показаний к высоким ампутациям конечностей. Экстренные ампутации конечностей на всех сегментах конечности, (в день поступления и в первые 2-3 суток), на наш взгляд, должны выполняться лишь по жизненным показаниям. За короткое время достичь компенсации у больных в тяжелом состоянии, как правило, не удается. Так, среди 168 умерших больных обеих групп 98 больным (58,3%) сделана ампутация бедра, из них 54 пациентам (55,1%), она выполнена в экстренном порядке.

Специфика изучаемой патологии предопределяет применение в качестве основных критериев эффективности лечения - показатели летальности, частоту и уровень ампутаций. Сравнение летальности при гнойно-некротических осложнениях СДС показало, что летальность в специализированных учреждениях, в 2,3 раза ниже, чем в неспециализированных ( $p < 0,05$ ). Для оценки результативности хирургического лечения СДС, мы предложили индекс, отражающий соотношение числа низких (Н) ампутаций на уровне пальцев и стопы, к числу высоких (В) ампутаций на уровне голени и бедра - индекс Н/В.

Как показало исследование, уровень ампутации конечности зависит от патогенетической формы СДС. При нейропатической форме, в обеих группах наблюдений преимущественно выполнялись ампутации на уровне пальцев. В 2 группе (контрольной), при нейропатической форме СДС, высокие ампутации производились в 11 раз чаще, чем в профильных учреждениях ( $p < 0,01$ ). Индекс Н/В при этой форме СДС в 1 группе был в 6,8 раза больше, чем в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). При ишемической форме, ампутации бедра в профильных учреждениях выполнялись в 2,0 раза реже по сравнению с обычными отделениями ( $p < 0,01$ ). Анализируя сроки выполнения ампутаций, отмечено, что 69,9% высоких ампутаций в обеих группах выполнялись при первой госпитализации или в течение первого года лечения по поводу гнойно-некротических осложнений СДС. В эти же сроки у 24,2% больных была выполнена реампутация на более высоком уровне или контрлатеральная ампутация. Данное наблюдение свидетельствует о высокой значимости лечения на первоначальном этапе.

Использование в 1 группе, разработанного комплекса организационных, диагностических и лечебных мероприятий, позволило за 11 лет снизить число высоких ампутаций с 31,3% до 12,2% ( $p < 0,05$ ) и уменьшить летальность до 4,1%. В неспециализированных учреждениях частота высоких ампутаций составила 36,9%; летальность - 9,8%. Таким образом, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения продемонстрировало преимущества специализированных Диабетологических центров.