

РИЗИКИ ТА ВИКЛИКИ В ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ФОРМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Криса Богдан Васильович

ORCID ID: 0000-0002-7822-785X

канд. мед. наук, асистент каф. травматології, ортопедії і військової хірургії
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Сморжевський Валентин Йосипович

ORCID ID: 0000-0001-8410-3944

Доктор мед. наук, професор каф. хірургії та трансплантології
Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л.Шупика, Україна

Криса Василь Михайлович

ORCID ID: 0000-0003-3697-3157

Доктор мед наук, професор каф. медицини катастроф та військової медицини
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Одним із багатьох важких ускладнень цукрового діабету (ЦД), яке зустрічається у 30-80% хворих через 15-20 років від початку захворювання є гнійно-некротична форма синдрому діабетичної стопи (СДС). В поєднанні з критичною ішемією патологія часто не залишає шансів на збереження кінцівки і загрожує тільки втратою кінцівки, а в короткому часі життя [1, 2].

Актуальність вивчення патології обумовлена тим, що захворюваність ЦД в світі постійно росте, лікування часто тривале, вимагає значних матеріальних затрат. З приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС у світі виконують від 60.000 до 125.000 ампутацій за рік, що у 17-45 разів частіше, ніж у загальній популяції хворих [3].

Особливістю ураження артеріального русла нижніх кінцівок при СДС є багаторівневі стенози і оклюзії магістральних артерій, починаючи із артерій стегна і закінчуючи артеріями стопи. Перебіг їх швидкий і злоякісний, часто веде до критичної ішемії, яка в поєднанні з гнійно-некротичним ураженням стопи практично не залишає шансів на збереження кінцівки [4].

В зв'язку з цим закономірне стримане відношення хірургів і до органозберігаючих малих ампутацій на рівні стопи в зв'язку з імовірною перспективою прогресування гнійно-некротичного процесу і до реконструктивної хірургії периферичних артерій, які вдається виконати у 41,8% пацієнтів з критичною ішемією кінцівок. Необхідно підкреслити, що рання післяопераційна оклюзія ділянки реконструкції артерій складає 16%, в найближчі місяці - 41%, через рік - 25% [5].

Матеріали та методи. При комплексному лікуванні гнійно-некротичних форм діабетичної стопи з 2015 року ми використовуємо непрямий метод реваскуляризації, а саме - комп'ютерно-томографічно керовану (КТ-керовану) регіонарну пункційну паравертебральну десимпатизацію, яку виконуємо на стороні ураження. Виключення симпатичної іннервації забезпечує максимальне розширення артеріального русла в зоні десимпатизації і збільшення притоку крові в зону ішемії, стимулює процеси ангіогенезу в системі колатерального русла навколо зони стенозу або оклюзії артерії.

Необхідно підкреслити, що десимпатизація не відновлює закритий просвіт судини і не попереджує розвиток облітеруючого процесу, а, розширюючи судини, сповільнює темпи прогресування оклюзії. Десимпатизація прискорює відторгнення

змертвілих тканин і загоєння ішемічних виразок і гнійно-некротичних ран. Клінічний ефект десимпатизації поступово наростає до 3-х місяців і утримується 4-5 років.

В дослідження включено 23 хворих з цукровим діабетом II типу у віці від 43 до 68 років з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи III-IV стадії за Meggit-Wagner та оцінкою ризику ампутації кінцівки за класифікацією WIfI в умовах неоперабельного порушення периферичного артеріального кровотоку. Всім хворим при поступленні в стаціонар проводили повне клінічне обстеження і повторні сонографічні дослідження артеріального русла нижніх кінцівок.

При обстеженні часто виявляли несприятливі фактори, поєднання яких робило медичну проблему крайнє складною, зокрема множинні стенози та оклюзії артерій гомілок і стоп, гнійно-некротичне ураження тканин стопи, відсутність можливості оцінити зворотність змін тканин і збереження стопи, наявність важких супутніх захворювань, неконтрольованого діабету, надлишкової ваги, що відповідало високому ризику ампутації кінцівки згідно класифікації оцінки рани, ішемії та інфекції стопи WIfI (W 2-3, I 2-3, fi 2) [6, 7].

Результати. При першому зверненні хворого після попереднього огляду ураженої кінцівки і сонографічного обслідування артеріального русла обговорювали необхідність довготривалого лікування (2-3-4 місяці і більше) для використання шансу збереження кінцівки, повне виконання пацієнтом всіх рекомендацій для зупинки прогресування гнійно-некротичного процесу, потребу поєднання загальних і місцевих, хірургічних і консервативних методів лікування, компенсації вуглеводного обміну з використанням інсулінотерапії, корекції супутніх захворювань. Після розкриття і санації гнійно-некротичних процесів на стопі виконували КТ-керовану пункційну поперекову десимпатизацію на рівні L3-L4.

Первинний ефект починав проявлятися через 2-3 дні після втручання у вигляді зменшення або зникнення болю, потепління кінцівки, зменшенні набряку і виділень з рани. Позитивна місцева динаміка після десимпатизації розвивається через 1,5-2 тижні після втручання – зникає набряк, дно рани покривається рожевими грануляціями, появляється крайова епітелізація.

При повторних сонографічних обстеженнях через 1-2 місяці відмічали збільшення швидкості і величини колатерального кровотоку в артеріях стопи. Хворих вчили самостійно робити туалет ран і перев'язки, після чого їх переводили на амбулаторне лікування і спостереження сімейним лікарем. Рани поступово загоювались вторинним натягом протягом 2-3-х місяців.

У одного хворого з попередньо проведеною ампутацією стопи по Шопару виконали аутодермопластику розщепленим перфорованим клаптом шкіри, яка прижилась і закрила рану дистальної частини стопи. При контрольних сонографічних обстеженнях через 1,5-2 місяці відмічали покращення кровотоку в артеріях стопи та гомілки.

При даній тактиці комплексного лікування вдалось зберегти 19 кінцівок (82,6%), ампутація на рівні стегна виконана у 4-х хворих (17,4%).

Висновки. Комплексне поєднання сучасних методів лікування гнійно-некротичних форм діабетичної стопи з паравертебральною пункційною КТ-керованою поперековою регіонарною десимпатизацією розширює межі курабельності пацієнтів високого ступеню ризику, зменшує відсоток високих ампутацій і покращує якість їх життя.

Список використаних джерел:

1. Survival of diabetes patients with major amputation is comparable to malignant disease / [Hoffmann M., Kujath P., Flemming A. et al.] // Diab. & Vasc. Dis. Research. 2015; 9, 1-7.

2. Герасимчук ПО, Фіра ДБ, Павлишин АВ. Медико-соціальні та економічні питання в лікуванні хворих із синдромом діабетичної стопи. Лікувальна справа, 2020, № 3-4, 42-48.
3. Diabetic foot complications and their risk factors from a large retrospective cohort study / [Rubeaan K., Derwish M., Ouizi S. et al.] // PLoS One. 2015.10(5), 1244-1246.
4. International Working Group on the Diabetic Foot. The 2015 WGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus / [Bakker K., Apelqvist J., Lipsky BA et al.] // Diabetes Metab Res Rev. 2016. 32 (Suppl 1), 2-6.
5. Russell D. Multiple Interventions of Diabetic Foot Ulcer Treatment Trial // MIDFUT. 2017. Prot. v 1.0 09.02.17. 45.
6. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia / [Conte MS., Bradbury AW., Kolh P. et al.] J Vasc. Surg. 2019;69(6S):3S-125S.
7. Рекомендації з ведення пацієнтів із хронічною ішемією нижніх кінцівок / [Нікульніков ПІ, Гудз ІМ, Орел ЮГ, Ратушнюк АВ] // Здоров'я України, 2021;1(43):8-18.