

ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Удовиченко О.В., Берсенева Е.А..

Кабинет «Диабетическая стопа» ГП № 22;

Медицинский центр «Социальный мир», г. Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. НИ. Пирогова, г. Москва

Пациенты, обращающиеся в кабинеты «Диабетическая стопа» (КДС) с трофическими язвами стоп, до этого обычно получают длительное лечение в системе первичной медицинской помощи. Нередко лечение на этом этапе содержит ряд ошибок, ухудшающих прогноз пациента.

Цель исследования. Оценить лечение СДС до обращения в кабинет «Диабетическая стопа».

Методы. Проанализирован анамнез всех 40 пациентов с сахарным диабетом и трофическими язвами нижних конечностей, обратившимися в КДС Городской поликлиники №22 г. Москвы в течение 3 мес. До этого 63% получали лечение у хирургов поликлиник по месту жительства, 18% в других ЛПУ, 20% занимались самолечением. У 58% больных имела место нейропатическая (Н) форма СДС, у 33% (нейро-ишемическая (НИ), у 10% - язвы голени (смешанного генеза - на фоне сахарного диабета и венозной недостаточности). Средняя давность трофической язвы на момент обращения в КДС составила 2,4 мес. (1 сут — 12 мес).

Оценивалась степень выполнения основных обязательных компонентов лечения СДС:

приспособлений для стопы, специальных перевязочных материалов, антибиотикотерапии. При НИ форме СДС анализировалось применение вазоактивных препаратов и хирургической реваскуляризации, а также частота ошибочного применения дубящих антисептиков и неадекватных курсов антибиотиков.	применение разгрузочных
---	-------------------------

Результаты. Специальные перевязочные материалы применялись у 3 (8%) пациентов, но у 1 - неправильно (гидроколлоидные повязки при НИ форме). Наиболее частым методом местного лечения была марлевая повязка с мазью «Левомеколь» (41%). Дубящие антисептики (противопоказанные при СДС) - бриллиантовая зелень, перманганат калия, спиртовые компрессы - применялись у 8 (20%) пациентов. Разгрузочные приспособления для стопы не применялись вообще. Антибиотики получали 13 (33%) пациентов, но 5 (42% из них) - неадекватным курсом (слишком коротким или низкодозовым). Вазоактивные препараты получали 12 (31 %).

В группе с НИ язвами стоп (n= 13) вазоактивные препараты получали 7 (54%) пациентов, из них один - простаноидные. При этом ангиохирург

проконсультировал лишь 3 (23%) пациентов. В группе с Н язвами (n=23) 3 пациента (13%) получали непростаноидные вазоактивные препараты. В группе пациентов, лечившихся самостоятельно, отличия от получавших лечение в различных медучреждениях, не были достоверными (вследствие малого размера групп). Основные данные приведены в таблице.

Лечение	Спец. ПОВЯЗКИ	Левомеколь	Дубящ. антисепт	Антибиотики
самост (n=8)	0%	25%	25%	38%
мед.(n=32)	9%	45%	19%	31%
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Лечение	Неадекв. курсы АБ	Раз грузка	Вазоакт. преп.	Ангиохирург у НИ
самост (n=8)	50%	0%	0%	0%
мед.(n=32)	40%	0%	37%	27%
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Обращает на себя внимание практически равная частота антибиотикотерапии и неадекватной антибиотикотерапии в обеих группах, а также более частое назначение врачами вазоактивных препаратов (что объяснимо распространенными среди врачей неверными представлениями о пользе этих препаратов при СДС) и мази «Левомеколь».

Выводы. Основные ошибки в лечении КДС - неприменение современных перевязочных материалов и разгрузочных приспособлений, использование дубящих антисептиков, неадекватные курсы антибиотикотерапии и редкое участие в лечении ангиохирурга при НИ форме СДС. Врачам медучреждений первичного звена следует либо в полной мере и без ошибок реализовывать обязательные компоненты лечения синдрома диабетической стопы, либо (при невозможности этого в данном медучреждении) направлять пациента в специализированный кабинет или отделение. Прекращение использования вазоактивных препаратов при нейропатической форме позволяет сэкономить средства, необходимые для других методов лечения СДС.