

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Удовиченко О. В.

Кабинет «Диабетическая стопа» ГП № 22; Медицинский центр «Социальный мир», г. Москва

Синдром диабетической стопы (СДС) определен международной рабочей группой как **«инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, связанная с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести»**. Таким образом, синдром диабетической стопы (СДС) представлен главным образом гнойно-деструктивными поражениями нижних конечностей. Распространенность СДС в России - 3-5% от всех пациентов с С Д. Около 85% этих поражений составляют трофические язвы стоп, оставшуюся часть - абсцессы, флегмоны, остеомиелит, тендовагинит, гнойный артрит и другие процессы, развивающиеся либо как осложнение трофической язвы, либо первично, без предшествующей язвы. Кроме того, к СДС относится также негнойное деструктивное поражение скелета конечностей - диабетическая остеоартропатия (ДОАП), а также последствия перенесенных ампутаций в пределах нижних конечностей.

Из-за многочисленных объективных и субъективных трудностей в лечении СДС среди пациентов и медицинских работников укоренились многочисленные **неверные представления** (представлены в таблице).

Неверные пред с и пилении	Что на самом деле?
1. Безуспешность лечения синдрома диабетической стопы («рано или поздно нациста с —этим состоянием ждет ампутация»)	Современные методы лечения приводят к заживлению трофических язв без ампутации у 70-90% больных
2. «Даже если язва заживет - будут рецидивы. Поэтому лучше выполнить ампутацию раньше, чтобы не обрекать пациента на лишние страдания»	Смертность больных в течение 5 лет после высокой ампутации очень велика. Существуют эффективные профилактические меры, позволяющие избежать рецидива трофической язвы
3. «Все проблемы с ногами при СД вызваны поражением сосудов»	Значимое нарушение кровотока в нижних конечностях имеет место менее чем у половины больных с СДС
4. «Малые» ампутации (в пределах стопы) при диабете не заживают	Эта проблема возникает только при выраженной ишемии (но ишемия может быть устранена ангиохирургическими методами). Чтобы прогнозировать вероятность заживления раны, необходимо полноценное исследование состояния кровотока (ультразвуковые исследования, ангиография, МСКТ и др.)
5. «При диабете поражение всегда распространяется молниеносно (как при газовой гангрене), и надо ампутировать как можно раньше»	На фоне правильного консервативного лечения такое случается крайне редко
6. «Современное лечение СДС дорого, а ампутацию всегда проведут бесплатно»	Стоимость ампутации в России - около 1200\$ (по оценке 2000 года). Лечение, сохраняющее конечность, часто обходится дешевле

Основными патогенетическими механизмами, приводящими к поражению нижних конечностей при СД, являются диабетическое поражение нервных волокон - нейропатия и поражение сосудов - макроангиопатия. Макроангиопатия, по сути, представляет собой атеросклероз магистральных артерий, имеющий у больных СД ряд особенностей. Распространенные в прошлом представления о роли диабетической микроангиопатии в поражении нижних конечностей не получили подтверждения. «Чувствительность»

микроциркуляторного русла разных тканей к диабетической микроангиопатии оказалась неодинаковой. Так, микроангиопатия вызывает необратимые изменения функции глаз и почек при СД. В тканях же нижних конечностей микроангиопатия, хотя и выявляется с помощью ряда инструментальных методов исследования, не создает значимых препятствий для поступления в ткани кислорода и питательных веществ. На основании данных о патогенезе была предложена современная классификация СДС:

- Нейропатическая форма (50-70% больных СДС).

- ® Нейро-ишемическая форма (25-45%).

- ® Ишемическая форма (5-10%).

Основой лечения синдрома диабетической стопы является сочетание следующих мероприятий:

1. Правильная местная обработка раны (некрэктомия, регулярное удаление гиперкератоза вокруг раны; промывание антисептиками, не токсичными для грануляционной ткани; наложение лечебной повязки на основе атравматичного перевязочного материала). 28
2. Разгрузка конечности (использование специальных разгрузочных приспособлений, чтобы защитить рану от механической нагрузки, даже когда пациент лишь встает с кровати).
3. Подавление раневой инфекции (системная антибиотикотерапия требуется у 50-60% амбулаторных пациентов; местные антисептики при раневой инфекции неэффективны).
4. Компенсация углеводного обмена (инсулинотерапия (возможно, временная); пероральные сахароснижающие препараты - при устойчивой компенсации и нетяжелых формах СДС).

5. Дезинтоксикационная терапия (при необходимости) — внутривенное введение инфузионных растворов, сорбентов.
6. Восстановление кровотока (при наличии ишемии) - внутрисосудистое вмешательство, шунтирующие операции или «гибридные процедуры». Консервативное лечение ишемии и методы «непрямой реваскуляризации» — малоэффективны. Внедрение современных методов обеспечило высокую эффективность лечения синдрома диабетической стопы. При нейропатической форме заживление трофической язвы (без каких-либо ампутаций) достигается в 80-90% случаев.

При **ишемической** и **нейро-ишемической** формах на фоне консервативного лечения заживление наступает, по нашим данным, примерно у 30% больных, однако применение методов хирургической реконструкции артерий (шунтирование или баллонная ангиопластика) повышает вероятность заживления в несколько раз.

Таким образом, ампутация отнюдь не является закономерным исходом синдрома диабетической стопы. СДС сегодня успешно лечится, но лечится не совсем так, как представлялось ранее. Если язвенный (раневой) дефект не заживает, несмотря на проводимое лечение, основными причинами этого являются: нагрузка на рану при ходьбе, раневая инфекция и/или ишемия конечности. Правильно проведенное обследование в сочетании с устранением вышеперечисленных преград для заживления - залог успеха в лечении синдрома диабетической стопы.