

© Шідловський В.О., Мацюк Ю.О., Шідловський О.В.

УДК 617.586:616.379-008.64-089.844

РАННЯ АВТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА РАН У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В.О.Шідловський, Ю.О.Мацюк, О.В.Шідловський

Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією та ортопедією (зав. – проф. В.О.Шідловський) Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Вивчена ефективність ранньої автодермальної пластики в комплексному лікуванні хворих на синдром стопи діабетика. Визначені показання до первинної та відтермінованої автодермопластики. За даними шкірної температури та тепловіддачі розроблені прогностичні критерії ефективності ранньої автодермопластики.

Ключові слова: стопа діабетика, хірургічна обробка гнійно-некротичного вогнища, рання автодермопластика ран.

Результати хірургічного лікування хворих на синдром діабетичної стопи (СДС) не втішні. Вражає тривалість загоєння ран, велика кількість повторних операцій, які нерідко закінчуються високими ампутаціями, наявна висока післяопераційна летальність. Загоєння ран ускладнюється приєднанням вторинної госпітальної інфекції або реінфекції [1-3].

Пластичне закриття ран вільним перфорованим шкірним автоклаптом є невід'ємною складовою хірургічного лікування хворих на СДС [4, 5]. Необхідність пластичного закриття ран зумовлена їх значною площею, утворюваною після хірургічної обробки гнійно-некротичних вогнищ чи ампутацій, відсутністю тканин для закриття післяопераційних ран, накладанням первинних чи вторинних швів, нездатністю ран до самостійного загоєння та високим ризиком вторинного інфікування. Проте результати шкірної пластики значною мірою залежать від стану регіонарної гемодинаміки, готовності рани до закриття, ступеня її інфікованості та рівня компенсації цукрового діабету [2-4].

Мета дослідження. Вивчити можливості прогнозування результатів ранньої автодермальної пластики (АДП) ран після хірургічної обробки гнійно-некротичного вогнища стопи хворого на цукровий діабет (ЦД).

Матеріал і методи. Клінічні спостереження проведені у 98 хворих на ЦД віком від 29 до 68 років з тривалістю захворювання від 8 до 29 років, які

оперовані з приводу СДС різного ступеня тяжкості. Окрім загально-клінічних обстежень, всім пацієнтам на рівні нижньої третини гомілки вимірювали температуру шкіри за допомогою електротермометра та інтенсивності теплового потоку (в Вт/м²) перетворювачем теплового потоку, розробленим ОКБ "Фотон" Чернівецького національного університету. У пацієнтів з відтермінованою ранньою АДП вивчали ще й цитологічну картину рани за методом мазків-відбитків за методикою М.Ф.Камаєва. Поширеність гнійно-некротичного ураження стопи та ступінь його тяжкості визначали за класифікацією Wagner (1978).

Результати дослідження та їх обговорення. З обстежених хворих у 37 випадках діагностований ЦД I типу з тривалістю захворювання від 8 до 17 років. У 19 з них мав місце другий ступінь ураження у вигляді інфікованої тривалої виразки, у 18 – третій ступінь: глибока хронічна інфекція – 8, гострий абсцес – 10 хворих. На ЦД II типу обстежено 61 хворого з тривалістю хвороби від 16 до 28 років. Третій ступінь поширеності процесу був у 44 пацієнтів: гострий абсцес – 39, хронічний перебіг процесу – 5. З четвертим ступенем ураження було 17 хворих. З них у 5 мала місце суха, у 12 – волога гангрена.

Методика ранньої АДП вперше запропонована М.О.Ляпісом з співавт. 1998 року. Вона передбачає закриття післяопераційної рани автоклаптом шкіри безпосередньо після радикальної хірургічної обробки (первинна пластика) або ж

на 2-4 день після неї (відтермінована пластика). Запропонована методика здебільшого дозволяє запобігти ускладненням з боку післяопераційної рани, знизити частоту супер- і реінфекції, прискорити процес загоєння рани.

Первинна АДП, як метод закінчення операції з приводу гнійно-некротичних уражень стопи, виконана у 28 хворих з хронічними гнійно-некротичними ураженнями стопи: 12 – з хронічною незагоюваною виразкою, 16 – з хронічною глибокою інфекцією. Показаннями до первинної АДП вважаємо виконану в межах здорових тканин хірургічну радикальну обробку гнійно-некротичного вогнища та достатньо виражену капілярну кровотечу. Відтерміновану ранню АДП вважаємо за доцільне виконувати за цих же умов у випадках гострого абсцесу, вологої гангрені та у частини хворих на глибоку інфекцію, якщо виникають сумніви щодо первинної пластики. Після операції всім хворим проводили іммобілізацію кінцівки, комплексне медикаментозне лікування. Після АДП на рану накладали суху асептичну марлеву пов'язку. Першу перев'язку проводили на 2-3 день після операції.

Приживлення автоклаптя шкіри настало у 21 (75%) з 28 випадків після первинної АДП і у 51 (73%) з 70 хворих після відтермінованої

АДП (табл. 1).

З урахуванням стандартизації показань до ранньої АДП та уніфікованої методики лікування хворих після операції ми проаналізували визначальні чинники незадовільних результатів. У пацієнтів з первинною АДП враховували показники шкірної температури та інтенсивності теплового потоку, а у випадках відтермінованої АДП використовували і результати цитологічного дослідження відбитків з рани.

Встановлено, що незадовільні результати АДП мали місце у пацієнтів, у яких шкірна температура нижча 32,4°C, а інтенсивність теплового потоку менша 80 Вт/м² (табл. 2).

У разі незадовільних результатів відтермінованої АДП показники шкірної температури і інтенсивності теплового потоку такі, як і у випадках незадовільних результатів первинної АДП, а при цитологічному дослідженні відбитків з рани встановлені дегенеративно-запальні зміни (переважно у хворих на ЦД I типу) та цитологічна картина некротичних змін, яка домінувала у хворих на ЦД II типу.

В оцінці ефективності ранньої АДП у хірургічному лікуванні хворих на СДС вважаємо значущим показником кількість ліжок-днів від операції до епітелізації рани. У пацієнтів з відторгненим чи лізованим автошкірним клаптем тер-

Таблиця 1

Тип цукрового діабету, ступінь тяжкості уражень стопи та результати ранньої автодермальної пластики

Кількість хворих: тип ЦД, ступінь ураження	Автодермопластика первинна	Автодермопластика відтермінована
n=19 II Б	12 (1)	7
I тип n=10 III А		10 (1)
n=37 n=8 III Б	6 (1)	2 (1)
n=39 III А		39 (12)
II тип n=5 III Б	5 (3)	
n=61 n=5 VI А	5 (2)	
n=12 VI Б		12 (5)
Всього n=98	28 (7)	70 (19)

Примітка: в дужках – кількість неприживлення шкірного клаптя.

Таблиця 2

Показники шкірної температури та інтенсивності теплового потоку після автодермопластики (M±m)

Досліджуваний показник	Задовільний результат пластики n = 72	Незадовільний результат пластики n = 26	P
ШТ, °C	32,60±0,09	31,74±0,14	<0,001
ІТП, Вт/м ²	81,5±0,5	75,8±0,6	<0,001

мін епітелізації рани становив $25,7 \pm 4,3$ ліжок-днів, з ефективною пластикою – $12,3 \pm 0,4$.

Висновки. 1. Рання аутодермальна пластика рани в комплексному лікуванні хворих на синдром діабетичної стопи є ефективним і результативним засобом прискореного загоєння ран. 2. Об'єктивними прогностичними показниками ефективності ранньої аутодермальної пластики є показник шкірної температури в ділянці нижньої третини гомілки вище $32,4^\circ\text{C}$, інтен-

сивність теплового потоку не менше 80 Вт/м^2 та регенераторний тип цитограми з рани. 3. Первинна аутодермопластика показана у випадках хронічної тривалої невропатично-інфікованої виразки.

Перспективи подальших досліджень. Відтерміновану аутодермопластику доцільно застосовувати пацієнтам після оперативних втручань з приводу гострих нагнійних захворювань стопи та вологої гангрені.

Література

1. Антипович Е.А. та ін. Досвід лікування хворих з інфікованою діабетичною стопою // Шпит. хірургія. – 2001. – № 3. – С. 136.
2. Василюк М.Д., Василюк С.М. Оптимізація комплексного хірургічного лікування синдрому діабетичної стопи // Шпит. хірургія. – 2001. – № 3. – С. 100-102.
3. Ляпис М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 283 с.
4. Василюк С.М. Аутодермопластика в хірургічному лікуванні синдрому діабетичної стопи // Клін. хірургія. – 2004. – № 11-12. – С. 52-54.
5. Ляпис М. и др. Ранняя аутодермопластика в активном лечении анаэробной неклостридиальной инфекции у больных сахарным диабетом. Раны, ожоги, повязки // Матер. хирург. конгр. – Израэль, Тель-Авив, 1998. – С. 31.

РАННЯ АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА РАН В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.О.Шидловский, Ю.О.Мацюк, О.В.Шидловский

Резюме. Изучена эффективность ранней аутодермальной пластики в комплексном лечении больных синдромом стопы диабетика. Определены показания к первичной и отсроченной аутодермопластике. По данным кожной температуры и теплоотдачи разработаны прогностические критерии эффективности ранней аутодермопластики.

Ключевые слова: стопа диабетика, хирургическая обработка гнойно-некротического очага, ранняя аутодермопластика ран.

EARLY AUTOPLASTY OF WOUNDS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

V.O.Shidlovs'kyi, Yu.O.Matsiuk, O.V.Shidlovs'kyi

Abstract. The efficacy of early autodermal plasty in holiatry of patients with diabetic foot syndrome has been studied. Indications for primary and delayed autodermo-plasty have been ascertained. Prognostic criteria of the efficacy of autodermo-plasty have been elaborated, based on the findings of skin temperature and heat emission.

Key words: diabetic foot, surgical debridement of purulent – necrotic initial focus, early autoplasty of wounds.

I.Horbachevs'kyi State Medical University (Ternopil')

Надійшла 21.06.2006 р.

© Рішко В.В.

УДК 616.33-002.44:089.811-814

ПОЄДНАНЕ НЕВІДКЛАДНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ КРОВОТЕЧЕЮ ТА РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛАЗЕРНОЇ ТЕХНІКИ

В.В.Рішко

Кафедра хірургічних дисциплін Ужгородського національного університету

Резюме. Проведено поєднане хірургічне лікування 101 хворого з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею та рефлюкс-езофагітом: зашивання або висікання крово-