



Дело Жизни

№4 (12) 2016

медицинский журнал

Этиопатогенез и принципы
лечения синдрома диабетической
стопы

Неотложная хирургия разлитого
перитонита

Современные технологии
ингаляционного наркоза

содержание:

ОФИЦИАЛЬНО

Адель Вафин: «Казань стала одной из крупнейших площадок для обмена опытом в области торакальной хирургии»	4
Научно-практические конференции	6
Хирургическая служба Республики Татарстан на современном этапе развития. Анисимов А.Ю.	8

ХИРУРГИЯ

Хирургическое лечение гнойных ран при синдроме диабетической стопы. Ахунзянов А.А.	11
Применение поляризованного полихроматического некогерентного света в лечении венозных язв нижних конечностей. Меденица Л., Ленц М.	13
Этиопатогенез и принципы лечения синдрома диабетической стопы. Корейба К.А.	18
Неотложная хирургия разлитого перитонита. Малков И.С.	21
Роль коррекции синдромов кишечной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии в профилактике инфицирования панкреонекроза. Дибиров М.Д., Исаев А.И., Джаджиев А.Б., Ашимова А.А., Атаев Т.А.	24
Профилактика и лечение венозных тромбозомболических осложнений у пациентов хирургического профиля. Викторова С.В.	29
Цитомегаловирусная инфекция в трансплантологии. Хаертынов Х.С., Галеев Ш.Р.	32

РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Новые подходы в определении сепсиса и терапевтической тактике в отделениях интенсивной терапии. Баялиева А.Ж., Чернышев В.А.	35
Присутствие родных пациента в отделениях реанимации и интенсивной терапии: опыт ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ». Закиров И.И.	38

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Современные технологии ингаляционного наркоза. Саегараев А.К.	40
--	----

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Коллегиальный подход к хирургическому лечению аденом гипофиза. Данилов В.И.	42
--	----

ОНКОХИРУРГИЯ

Современные принципы хирургического лечения рака молочной железы. Дружков О.Б.	44
---	----

ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЯ

Операционный блок: каноны чистоты и асептики. Фазулзянова И.М.	47
---	----

Медицинский журнал «Дело Жизни» №4(12) 2016 16+
Рекламно-информационное издание для специалистов
в области медицины

Учредитель: ООО «АльфаМед Пресса»
Директор: Максим Александрович Макарычев

Издатель: ООО «АльфаМед Пресса»

Адрес издателя и редакции:
420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, корпус Б, офис 105
Тел.: (843) 2 333 197, 2 333 198
e-mail: info.alfamp@mail.ru

Главный редактор:
Альбина Габдулхаковна Гиниятуллина
albinag2006@yandex.ru

Редактор:
Елена Валерьевна Павлова
amp-red@yandex.ru

Отдел рекламы:
тел.: (843) 2 333 198/amp-albina@mail.ru

Дизайн и верстка:

Диана Шафикова

Журналисты:

Елена Рычкова, Эмма Ситдикова, Лилия Рустамова

Корректор:

Людмила Краснова

Отдел подписки и распространения:

тел.: (843) 2 333 197/amp-maxim@mail.ru
Адрес типографии: ООО «Типография «А-Пресс»,
г. Казань, ул. Фрунзе, д. 15

Заказ № 13015

Дата сдачи в печать: 27.04.2016

Дата выхода: 30.04.2016

Тираж: 30 000 экземпляров

Периодичность: ежемесячно

Распространяется бесплатно
среди специалистов в области медицины

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ16-01330 от 11.02.2015 г. выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан (Татарстан).

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции. Полная или частичная перепечатка материалов без письменного разрешения редакции не допускается. За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель. Все рекламируемые в журнале товары и услуги подлежат обязательной сертификации и лицензированию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ



Ахунзянов Айрат Алмазович

врач-хирург высшей категории отделения гнойной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», кандидат медицинских наук

Гнойные раны у диабетиков являются частым следствием синдрома диабетической стопы и представляют большую сложность в лечении, поскольку при наличии данного хронического заболевания невозможно лечить саму рану, не учитывая диагноза. Лечение таких пациентов, число которых растет с каждым годом, является одним из приоритетных направлений отделения гнойной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Благодаря стратегии, основанной на комплексном мультидисциплинарном подходе, значительной части пациентов с осложнениями синдрома диабетической стопы удается избежать высокой ампутации либо сохранить конечность. Об опыте применения тактики комплексного лечения данной патологии у больных сахарным диабетом рассказал специалист отделения, врач-хирург высшей категории Ахунзянов Айрат Алмазович.

— Что включает в себя комплексный подход к лечению осложнений у пациентов с синдромом диабетической стопы?

— Мультидисциплинарный подход к лечению таких пациентов в отделении гнойной хирургии РКБ сочетает хирургическое, эндокринологическое, ангиохирургическое, физиотерапевтическое и медикаментозное лечение. Так, при поступлении пациента в стационар проводится вскрытие и санирование гнойных ран, рентгеновское исследование стопы на предмет костной патологии и разрушения суставов, а также анализ крови для выявления воспалительных изменений; ведется ежедневная обработка раны; назначается антибиотикотерапия с целью купирования инфекции.

Важная составляющая комплексного лечения — коррекция самого сахарного диабета. Поэтому пациенту четырехкратно в течение суток производится контроль уровня сахара в крови, под наблюдением эндокринолога проводится коррекция лечения диабета с учетом его рекомендаций. В обязательном порядке проводится ультразвуковая диагностика сосудов, а также, по показаниям, дистальная ангиография, причем нередко с одномоментной эндоваскулярной дилатацией. Пациенту также назначается лекарственная терапия, по выписке даются подробные рекомендации по лечению на дому и правильному образу жизни.

— Какие средства используются сегодня для местного лечения гнойных ран?

— Сегодня методы местного лечения вышли далеко за рамки привычных мазевых и водных повязок. Современный перевязочный материал дает огромные возможности, являясь, по сути, частью терапии. Так, серебросодержащие повязки с антибактериальными свойствами из полиамидной сетки, покрытой элементарным серебром, позволяют сохранять кожные трансплантаты при аутодермопластике; специальное серебряное покрытие предохраняет рану от инфицирования, и при перевязке не повреждается кожный лоскут. Повязки в форме подушечки, центральная составная часть которой содержит суперабсорбирующий полимер, увлажняющие рану и поглощающие при этом раневое отделяемое в течение 24 часов, хорошо зарекомендовали себя не только при диабетической стопе, но и при лечении пролежней, трофических язв. За счет этого ускоряется и облегчается процесс очистки раны, пациент лучше переносит перевязку, не испытывает болевых ощущений в ране.

Специальные губчатые повязки, разработанные для лечения трофических язв и пролежней, способствуют сохранению микроклимата в ране, росту краевой эпителизации, ускоряют заживление (внутри них находится дренажный материал, также способный поглощать раневое отделяемое). При варикозной болезни, обширных некротических ранах применяются абсорбирующие альгинатные повязки для очистки глубоких ран, обладающие высокой сорбционной способностью благодаря волокнам альгината кальция. Такая повязка может оставаться на ране от суток до нескольких дней, обеспечивая ускоренное заживление раны. Современные достижения в области перевязочных материалов во многом облегчают

работу хирургов, ускоряют получение позитивных результатов лечения, и мы рады, что в распоряжении наших хирургов имеются эти средства.

Что касается препаратов для обработки ран, мы традиционно используем йодиол и хлоргексидин. По нашим многолетним наблюдениям, это самые оптимальные и безопасные препараты для местного лечения ран в случае гнойных поражений при диабетической стопе. Среди массы антисептических средств можно выделить бесспиртовой кожный антисептик «Октенисепт», который, воздействуя на разнообразную микрофлору, в том числе внутрибольничную, позволяет ликвидировать воспалительные процессы.

— Какое место занимает в лечении больных физиотерапия?

— Вот уже практически пять лет мы используем метод вакуумной терапии. Каждая палата в отделении оборудована консолями Drager, также имеется аппарат Vivano фирмы Hartmann. Внедрив вакуумное лечение в повседневную работу отделения, мы стали получать хорошие результаты даже, казалось бы, в безвыходных ситуациях. Механизм действия вакуумной терапии сводится к тому, что происходит прерывистая вакуумная аспирация раневого отделяемого, что способствует росту грануляции и ускоряет сроки очищения ран. Конечная цель терапии – сохранение пациенту опорной конечности, и на фоне вакуумного лечения нам это стало удаваться чаще. Использование данной методики показало свою эффективность и при лечении длительно незаживающих пролежней, инфицированных послеоперационных ран и других.

В ряде случаев лечение осуществляется совместно со специалистами Республиканского центра лазерной хирургии РКБ, который возглавляет профессор Д.М. Красильников. Для ускорения раневого процесса производится облучение раны инфракрасным лазером непосредственно во время перевязок. Это существенно ускоряет заживление раны.

— Каковы показания к проведению оперативных вмешательств: ампутации костных структур, сосудистой хирургии?

— Хирургическое лечение гнойных ран при диабетической стопе, как правило, требует вскрытия гнойных очагов. Если в зоне гнойного воспаления оказываются нежизнеспособные костные ткани (пальцы, суставы) или сухожилия, эти участки подлежат удалению. Также если у пациента развились гнойные осложнения, которые уже вышли за пределы стопы, например, гнойные затеки на голень, в подколенную область, и высока вероятность развития сепсиса, мы взвешиваем риски, оцениваем возможность развития генерализованной инфекции и потери самого пациента, принимая решение об органосохраняющей операции.

В целом при отсутствии грубых сосудистых нарушений в конечности прогноз обычно довольно благоприятный. Куда сложнее, если имеются выраженные ишемические изменения: облитерирующий атеросклероз или диабетическая микро- и макроангиопатия, при которой страдают как капилляры, так и берцовые артерии. В этом случае ввиду плохого кровоснабжения раневой процесс значительно замедляется, что нередко приводит к вторичному некрозу раны. Поэтому одной из составляющих комплексного лечения является сосудистая диагностика, определяющая показания к проведению реконструктивных сосудистых операций, в том числе баллонной

ангиопластике, которые выполняются в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения РКБ. Это необходимо для улучшения сосудистого кровотока, который обеспечивает ускорение раневых процессов: если есть сосудистые нарушения, то без проведения соответствующей коррекции местное хирургическое лечение не всегда может привести к положительному результату.

— Какие рекомендации получает пациент при выписке из стационара?

— Хирургическое лечение в стационаре занимает, как правило, не более месяца. Затем пациент продолжает лечение в амбулаторных условиях. Мы наблюдаем всех наших пациентов даже после выписки: даем рекомендации на следующие несколько недель, и если у больного наступает ухудшение состояния или возникают вопросы, он может обратиться к своему лечащему врачу за консультацией или за направлением на повторную госпитализацию.

Рекомендации включают контроль гликемии, регулярное наблюдение у хирурга или в кабинете диабетической стопы, соблюдение щадящего режима для поврежденной стопы, включая ношение ортопедической обуви со специальными стельками, избегание любых травмирующих кожу стопы манипуляций. В ряде случаев с этой целью мы накладываем повязки Total contact cast – полимерный гипс, который позволяет регулировать нагрузку на стопу при диабетической артропатии и избежать разрушения стопы и голеностопного сустава в процессе амбулаторного лечения.

Как правило, в его ношении человек нуждается достаточно длительное время: каст служит до полугода, а затем заменяется на новый. Отказ от его ношения чреват разрушением голеностопного сустава и осложнениями в виде гнойного артрита и флегмоны. Практика знает случаи, когда пациенты, закончив стационарное лечение, несмотря на показания, отказывались от этой манипуляции, а через некоторое время возвращались в больницу вновь – уже на ампутацию.

Что касается медикаментозного лечения, то пациенты, перенесшие баллонную ангиопластику при ишемическом типе диабетической стопы, в течение полугода принимают препараты, улучшающие кровоток. Другая группа препаратов направлена на лечение диабетической полинейропатии, это препараты альфа-липовой кислоты. Их прием рекомендован при нейропатической форме синдрома диабетической стопы. При смешанном варианте лечения пациенту рекомендуется профилактическими курсами принимать поочередно препараты и первой, и второй группы.

— Каков прогноз при синдроме диабетической стопы и ее осложнениях?

— Все зависит от того, насколько пациент, прошедший курс стационарного лечения, следит за своим состоянием, степенью компенсированности сахарного диабета: в случае неконтролируемой гипергликемии процесс разрушения организма происходит очень быстро. Другим компонентом успешности лечения является сосудистая функция. При выраженных проявлениях артериальной недостаточности нижних конечностей в ряде случаев высока вероятность развития гангрены. Все эти факторы риска находят свое отражение в рекомендациях по лечению и правильному образу жизни для пациента.

Елена Рычкова