

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рубанова Ю.Л., Рубанов Л.Н., Бовтюк Н.Я.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Гомельский областной центр термической травмы, ран, раневой инфекции и
реконструктивной хирургии

Актуальность проблемы

Лечение ран у больных сахарным диабетом (СД) является одним из наиболее актуальных вопросов современной хирургии. Раневой процесс при СД имеет свои особенности течения, поэтому в предоперационной подготовке ран важное значение приобретает применение специальных перевязочных материалов - раневых покрытий. [1, 2].

Цель исследования - сравнительный анализ результатов различных подходов предоперационной подготовки ран у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 84 пациентов с ранами, находившихся в Гомельском областном центре термической травмы, ран, раневой инфекции и реконструктивной хирургии за период 2008 – 2010 годов. Все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу были включены 46 пациентов с ранами: 28 (61%) мужчин, 18 (39%) женщин, у которых имелся СД. При этом сахарный диабет I типа был выявлен у 4 (8%) обследуемых, II типа – у 40 (87%) пациентов и у 2 (4%) пациентов была симптоматическая гипергликемия. Основную часть 25 (55%) пациентов этой группы составили трудоспособные лица в возрасте до 60 лет, остальные - 21 (45%) были в возрасте от 61 до 81 года и старше. Этиология раневых повреждений в данной группе пациентов была представлена следующим образом: термические и химические ожоги – 21 (45%), отморожения – 4 (8%), постнекротические и посттравматические раны – 12 (26%) и трофические язвы – 9 (19%) больных. Среди этой группы пациентов в 4 (8%) случаях наблюдался синдром диабетической стопы.

Контрольную группу составили 38 пациентов с ранами, не имеющие СД: 22 (58%) мужчины и 16 (42%) женщин. Лица трудоспособного возраста – 32 (84%), 6 (15%) - старше 61 года. Основная и контрольная группа пациентов были сопоставимы между собой по полу, возрасту, этиологии ран.

Всем пациентам проводилось бактериологическое исследование раневого отделяемого и определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам. Забор материала осуществляли до проводимого предоперационного лечения и в день планируемого хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение

В зависимости от проводимого лечения пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы. Первую подгруппу (n=21) составили пациенты, у которых хирургическое лечение совмещалось с перевязками с антисептиками и мазями на водной основе («Левомеколь», «Повидон-йод»). Из методов хирургического лечения были использованы: ампутация, аутодермопластика, некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой, ультразвуковой дебридмент, а также ранние некрэктомии.

Во вторую подгруппу (n=25) были включены больные, у которых вышеуказанное лечение дополнялось использованием раневых покрытий. В зависимости от выраженности воспаления и количества раневого отделяемого применялись различные варианты покрытий. Для лечения ран с высоким уровнем экссудации и незначительными признаками инфекции были использованы альгинатные покрытия, при высоком уровне гнойного отделяемого – альгинатные с серебром (Супрасорб А+Ag), при умеренном количестве отделяемого и наличии влажных некрозов – гидроколлоидные (Супрасорб Н, Тегадерм гидроколлоид). В лечении ран с умеренным и скудным количеством отделяемого без признаков гнойного воспаления применялись гидрогелевые покрытия (Супрасорб G).

При использовании в лечении пациентов только перевязок (первая подгруппа) сроки предоперационной подготовки составили в среднем 10,1 суток. В то время как у пациентов, в лечении которых применялись раневые покрытия (вторая подгруппа), за счет более быстрого очищения ран от некротических тканей, наблюдалось сокращение сроков дооперационного лечения в среднем на 2,62 суток и составило 7,48 суток. При использовании комплексного лечения ран пациентов, имеющих СД, с применением раневых покрытий количество проведенных ранних некрэктомий было больше на 4% , некрэктомий с одномоментной аутодермопластикой – на 30%, количество ампутаций – на 10% меньше, чем у пациентов, у которых предоперационная подготовка проводилась только традиционным методом.

В лечении пациентов контрольной группы (без СД) применялись все вышеуказанные варианты предоперационной подготовки – перевязки с мазями на водной основе, раневые покрытия. Из методов оперативного лечения были использованы: аутодермопластика, некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой, ранние некрэктомии, ультразвуковой дебридмент. Ампутации в этой группе пациентов не выполнялись. Сроки предоперационной

подготовки в контрольной группе составили в среднем 5,8 суток , что на 4,3 (первая подгруппа) и 2,02 (вторая подгруппа) суток было ниже, чем у пациентов основной группы.

При изучении микробного пейзажа ран установлено, что в большинстве случаев наблюдались микробные ассоциации стафилококков с Гр- или Гр+ микрофлорой, которые были чувствительны к ванкомицину, гентамицину и ципрофлоксацину.

В контрольной и основной группах количество микроорганизмов при первом посеве составило в среднем более 10^7 КОЕ/г. После проведения предоперационной подготовки у пациентов контрольной группы уровень контаминации снизился до $10^2 - 10^5$ КОЕ. У пациентов основной группы (первая подгруппа) положительный результат бактериологического анализа (КОЕ более 10^5) имелся у 70% больных. Во второй подгруппе к моменту оперативного лечения уровень контаминации составил $10^2 - 10^5$ КОЕ, что свидетельствовало о возможности выполнения одного из видов закрытия раны.

Выводы:

1. При проведении предоперационной подготовки ран пациентов, имеющих сахарный диабет, наиболее эффективным является использование комплексного подхода с применением раневых покрытий, что позволяет снизить сроки подготовки, увеличить количество ранних некрэктомий, а также некрэктомий с одномоментной аутодермопластикой, снизить число ампутаций, по сравнению с больными, у которых подготовка раны была традиционной (использование мазевых препаратов и повязок с антисептиками).
2. Использование в проведении предоперационной подготовки больных с ранами, имеющих сахарный диабет, раневых покрытий позволяет снизить микробную обсемененность раны, в то время как при использовании только традиционного подхода, уровень контаминации раны на момент проведения оперативного вмешательства в большинстве случаев остается высоким

Список литературы

1. Абаев Ю.К. Раневое заживление и сахарный диабет / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2005. – №5. – С. 5-10.
2. Шаповалов, С.Г. Современные раневые покрытия в комбустиологии / С.Г. Шаповалов // ФАРМиндекс-Практик. – 2005. – Вып. 8. – С. 38 – 46.