

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ АНГІОПАТІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Чурпій І.К., Мельник І.В., Чурпій І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,

### **Вступ**

Сьогодні у світі нараховується 371 млн., а до 2025 року очікується 552 млн. хворих на ЦД. Найчастішим і найтяжчим ускладненням ЦД є синдром діабетичної стопи (СДС), який виникає в 4 - 27% хворих із ЦД. СДС призводить до ампутації нижньої кінцівки в 40-60% хворих і до летального наслідку - в 28-40%. У 50 – 70% випадків розвиваються гнійно – некротичні ускладнення. У загальному, частота ампутацій у хворих з ЦД у 15 разів вища, ніж у пацієнтів без діабету. Усе вищенаведене дозволяє дослідникам зробити висновок про незадовільність на сьогоднішній день результатів лікування таких хворих, і серед причин цього - недостатнє знання патогенетичних ланок СДС.

Тому боротьба з даною патологією є важливою медичною і соціальною проблемою. В зв'язку з цим ми поставили перед собою мету вивчити дані реовазографії та ультразвукової доплерографії при різних стадіях діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок і, у відповідності до отриманих даних та наявної клінічної картини розробити адекватну лікувальну тактику.

### **Матеріали і методи**

Під нашим спостереженням було 347 хворих з діабетичними ангіопатіями нижніх кінцівок II-IV стадії. З них 16 мали II стадію, 153 – III стадію, 178 – IV стадію захворювання. Всім пацієнтам при поступленні і на етапах лікування проводили реовазо- і доплерографію. При виконанні реовазографії враховували висоту амплітуди пульсової хвилі, тривалість анакроти і дакроти, характер верхівки пульсової хвилі та діастолічних хвиль, а також визначали реографічний індекс (відношення висоти реографічної хвилі до висоти калібрувального сигналу), що дає найбільш достовірну характеристику стану кровотоку.

### **Результати та їх обговорення**

Результати досліджень показали, що для II стадії діабетичної ангіопатії характерне незначне зменшення показників реографічного індексу, що відображає незначне зменшення кровопостачання і швидкості кровотоку на фоні зниження еластичності судин нижніх кінцівок. Для III стадії характерне прогресуюче зниження тону судин при помірному зменшенні кровопостачання, а також інтенсивний розвиток коллатералей. При IV стадії відмічене різке зниження еластичності судин і кровопостачання досліджуваної ділянки без розвитку коллатералей. Показники реовазограми були на 50-70 % нижчими від норми. З допомогою доплерографії встановлювали також зони стенозу та оклюзії магістральних артерій. Відмічено, що по мірі прогресування стенозу артерії відповідно змінювалась форма пульсової хвилі: зникав компонент зворотнього кровотоку, притуплювався пік швидкості і збільшувалась тривалість підйому та спаду пульсової хвилі.

Всім хворим проводили комплексне лікування з врахуванням всієї різноманітності клінічних проявів та даних додаткових методів

обстеження. З метою нормалізації порушеного вуглеводневого та інших видів обміну речовин, усунення метаболічних розладів призначали дієто-, інсулінотерапію, вітаміни групи В, ліпотропні, холестеринамічні середники, анаболічні та препарати для покращення регіонарного кровотоку, реологічних властивостей крові. Широко застосовували фізіотерапевтичні методи (діадинамічні струми, електрофорез з гепарином, ніотиновою кислотою, нітратом натрію), ЛФК.

Оперовано 138 хворих, яким проведено 157 операцій. Хірургічні втручання в гострому періоді розвитку вологої гангрені включало широке розкриття та дронування всіх гнійних заплівів з випереджуючими розрізами, видаленням некротичних тканин, сухожилків, плантарного апоневрозу, по яких розповсюджувався гнійно-некротичний процес. Крім цього призначали корегуючу антидіабетичну, протизапальну, дезінтоксикаційну терапію, судиннорозширюючі середники, дезагреганти. Обов'язково призначали антибіотики широкого спектру дії з врахуванням чутливості до них мікрофлори. Після затихання гострих запальних явищ використовували, при необхідності, некретомії в межах здорових тканин, ампутації. Радикалізм операції намагались поєднувати з ощадним, зберігаючим відношенням до кінцівки. У 24 хворих проведено екзартикуляцію пальців. У 9 хворих цю операцію поєднували з резекцією плюсневих кісток. У 8 хворих виконали поперечну, а у 4 – повздовжню половинну резекцію ступні. При прогресуванні гнійно-некротичного процесу, розвитку септичного стану у 56 хворих виконано ампутацію кінцівки на рівні стегна.

Після операції померло 9 хворих (6,5 %). Основними причинами смерті були: тромбоемболія легеневої артерії – 3, інфаркт міокарду – 2, сепсис

та інтоксикація – 4. Летальність останніх заставила нас ще раз звернути увагу на своєчасність проведення оперативного втручання.

### **Висновок**

Таким чином, своєчасна діагностика, адекватна щадяче-активна хірургічна тактика на фоні комплексної корегуючої консервативної терапії дозволили зменшити число ампутацій нижніх кінцівок на 5,2 % та післяопераційну летальність на 3,1 %.