

Коновалёнок Н. А.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ:
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. Чур С. Н.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) - комплекс изменений, развивающихся на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, остеоартропатии, способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей стопы, развитию гнойно-некротического процесса.

Одним из осложнений СДС является длительно незаживающая язва. Язвенные поражения стопы широко распространены и, по некоторым данным, поражают до 15% всех больных сахарным диабетом (СД). Каждому пятому пациенту с такой патологией выполняются ампутации конечности (как высокой - на бедре и голени, так и малой - сегмента стопы).

Цель: проанализировать современные подходы к лечению осложнений СДС; используя доступные отечественные и иностранные литературные источники, изучить виды оперативных вмешательств, позволяющих предотвратить ампутации.

Материалы и методы. Для проведения исследования нами использовались данные о результатах лечения 49 пациентов в 5 ГКБ и 10 ГКБ (Городской центр диабетической стопы) г. Минска за 2018 год. Все пациенты, включенные в исследование, страдали СД 2 типа, осложненного нейропатической формой СДС, и которым, впоследствии, были выполнены различные виды ампутаций по причине длительно незаживающих язвенных дефектов на стопах.

Результаты и их обсуждение. Среди всех оперативных вмешательств выполненным пациентам нашего исследования, ампутации на уровне плюсневых и предплюсневых костей составляют примерно 43% или 21 случай из 49. Это были ампутации одного или нескольких пальцев на уровне головок плюсневых костей, трансметатарзальные и транстарзальные ампутации стопы. Проанализировав причины язвенных дефектов у этих пациентов, мы выявили, что зачастую, развитию диабетических язв на стопах предшествуют следующие патологические деформации пальцев: *mallet toe* (происходит постоянное сгибание в дистальном межфаланговом суставе), *claw toe* (происходит постоянное сгибание в проксимальном межфаланговом суставе), *hammer toe* (происходит постоянное сгибание в проксимальном и дистальном межфаланговых суставах, а также разгибание в плюснефаланговом суставе), *hallux limitus / rigidus* (снижение объёма движений в области первого плюснефалангового сустава). Мы считаем, что выполнение таким пациентам операций по исправлению деформаций, позволило избежать ампутаций конечности или ее сегмента и, тем самым, сохранить трудоспособность. С этой целью, некоторые авторы предлагают включить в арсенал хирурга такие оперативные вмешательства, как: артропластика проксимального межфалангового сустава, артропластика дистального межфалангового сустава, артропластика по Келлеру.

Выводы. Лечение ишемических и нейроишемических форма СДС весьма разнообразно, и включает в себя реконструктивные и реваскуляризирующие оперативные вмешательства открытым и эндоваскулярным доступом. В то же время, хирургическое лечение нейропатической формы СДС ограничено ампутацией сегмента стопы или всей конечности. Применение новых методик хирургического лечения осложненных диабетических язв позволило бы снизить количество ампутаций нижней конечности.