

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ

122

ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Хаджи Исмаил И.А., Васильев Н.О., Близнец А.А.
БелМАПО, кафедра хирургии,
Минская областная клиническая больница
Городской эндокринологический диспансер, Минск*

Введение. Сахарный диабет поражает все органы и системы человеческого организма: уничтожает почки, нервную и сердечно-сосудистую системы, опорно-двигательный аппарат. Весьма заметна роль сахарного диабета в разрушении костей стопы и формировании нетрудоспособности и крайне высокий риск ампутации, что особенно очевидно при его декомпенсации. Билатеральная остеоартропатия – Шарко – это одновременное двухстороннее поражение костей обеих стоп, требующее своевременной, высококвалифицированной медицинской помощи на всех её стадиях развития.

Цель. Выбор метода лечения билатеральной остеоартропатии – Шарко в амбулаторных условиях; оценка эффективности разгрузки пораженных конечностей с помощью иммобилизирующей разгрузочной повязки Total Contact Cast (ТСС).

Методы исследования. В исследование включены 4 пациента женского пола: 2 пациентки с 1-ым типом сахарного диабета, 2 пациентки с 2-ым типом, которые лечились в кабинетах диабетической стопы консультативной поликлиники Минской ОКБ и Городского эндокринологического диспансера г. Минск.

Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от стадии заболевания.

1-ая группа: стадия осложнений (наличие трофических язв на наступательной поверхности стоп). В группу вошли 2 пациентки, одна с 1-ым типом сахарного диабета, в возрасте 58 лет, стаж сахарного диабета 29 лет, остеоартропатия – Шарко была диагностирована на правой стопе, 2-ой и 3-ий анатомические классы, трофическая язва размером 3×4 см, проведена разгрузка пораженной конечности с помощью ТСС. Спустя 3 месяца развилась остеоартропатия левой стопы, 2-ой анатомический класс, трофическая язва размером 3,5×4см. За это время язва зажила и перешла в подострую форму. Решено формировать короткую лангету до н/3 голени на правую ногу, а на левую ногу формировать длинную лангету до в/3 голени. Вторая пациентка с 2-ым типом сахарного диабета в возрасте 51 года, стаж сахарного диабета 3 года, 2-ой – 3-ий анатомические классы, стадия осложнений справа и слева, размеры трофических язв 3×4 и 4×5 см соответственно, до момента обращения в кабинет диабетической стопы лечилась в стационаре неоднократно и амбулаторно у хирургов и травматологов в течение 1,5 года, решено формировать длинные лангеты на две ноги от пальцев до в/3 голени.

2-ая группа с подострой стадией, в которую вошли 2 пациентки, одна с 1-ым типом сахарного диабета в возрасте 65 лет, стаж диабета 27 лет, остеоартропатия левой стопы, 2-ой анатомический класс. Сформирована длинная лангета (ТСС) на эту ногу от пальцев до в/3 голени, во время ношения лангеты, через 4

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

месяца, развилась остеоартропатия правой стопы (2-ой анатомический класс). За это время левая стопа приобрела хроническую форму, было решено сформировать на левую ногу короткую лангету до $n/3$ голени и формировать длинную лангету на правую ногу от пальцев до $v/3$ голени. У второй пациентки с 2-ым типом сахарного диабета на момент обращения за медицинской помощью была зарегистрирована билатеральная остеоартропатия, место локализации: 1-ый и 2-ой анатомические классы, острая-подострая стадия, решено сформировать разгрузочную лангету на две ноги от пальцев до $v/3$ голени.

Результаты и обсуждение. Несмотря на то, что многие авторы против такой методики разгрузки при билатеральной остеоартропатии – Шарко, мы всем пациентам сформировали лангету на две ноги. Благодаря этому нам удалось сохранить стопы от дальнейших осложнений и ампутации.

Заключение. Анализ лечения и ведения пациентов с билатеральной диабетической остеоартропатией показал, что целесообразно применять иммобилизирующую разгрузочную повязку Total Contact Cast (ТСС) в острой стадии, подострой и стадии осложнений. Необходимо совершенствование организации амбулаторной помощи пациентам с ДООП, чтобы обеспечить своевременную диагностику на ранних этапах, постоянное наблюдение за динамикой состояния и лечения.