

8. Diabetic peripheral neuropathic pain: clinical and quality-of-life issues / С. Е. Argoff [et al.] // Mayo Clin. Proc. — 2006 Apr. — Vol. 81, № 4. — Suppl. — P. 3–11.

9. Анциферов, М. Б. Синдром диабетической стопы / М. Б. Анциферов, Г. Р. Галстян // Сахар. диабет. — 2001. — № 2. — С. 2–8.

10. Лечебный плазмаферез в коррекции реологических и гемокоагуляционных нарушений при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета / Р. З. Лосев [и др.] // Традиционные и новые направления сосудистой хирургии: сб. науч. работ. — Челябинск, 2004. — С. 153–156.

**УДК 616.718.7/9-007.248-089**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО**

*Сильвистрович В. И., Плодунова А. С., Кутько О. П.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Лызигов**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Диабетическая остеоартропатия Шарко (ДОАПШ) является редким и крайне тяжелым осложнением сахарного диабета (СД), которое при неадекватном лечении приводит к необратимой инвалидизации. Распространенность ДОАПШ среди больных СД составляет менее 1 %, однако по данным различных источников поражение костной ткани стоп встречается у 0,1–55 % больных. [1].

Согласно международному соглашению по диабетической стопе 1999 г. ДОАПШ — это неинфекционная деструкция костей и суставов стоп, ассоциированная с диабетической нейропатией [2]. Незначительное по силе внешнее воздействие приводит к переломам костей, подвывихам и вывихам в суставах, что усугубляется отсутствием болевой чувствительности. Пациент продолжает опираться на поврежденную конечность, что приводит к вовлечению в процесс новых костей и суставов, способствует возникновению трофических язв, абсцессов, флегмон, остеомиелита и других гнойно-септических осложнений, что может служить показанием к ампутации конечности [3].

***Цель***

Изучить виды оперативных вмешательств, выполняемых для коррекции стопы Шарко, а также оценить риск ампутации после хирургического вмешательства.

***Материал и методы исследования***

Исследование выполнено ретроспективно путем анализа 50 историй болезней пациентов, проходивших лечение в Гомельском областном центре диабетической стопы (ГОЦДС) на базе хирургического отделения № 3 Гомельской городской клинической больницы № 3. Распределение по полу следующее: 18 (36 %) женщин и 32 (64 %) мужчины. Возраст пациентов составил от 26 до 75 лет (медиана 56,5 лет). Сахарным диабетом 1 типа страдали 15 пациентов (30 %, средний возраст 37,5 лет), СД 2 типа — 35 пациентов (70 %, средний возраст 49,6 лет). Длительность заболевания у пациентов составила от 1 до 40 лет (медиана 12,5 лет).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Прооперированы 35 (70 %) пациентов. Использовались следующие оперативные методы: коррекция с использованием аппарата внешней фиксации (Илизарова) у 2 (5,7 %) пациентов, фиксация пластиной — у 1 (2,9 %) пациента, фиксация шурупами — у 4 (11,4 %) пациентов, фиксация спицами с их последующим погружением под кожу — у 5 (14,3 %) пациентов, фиксация спицами с их оставлением над кожей — у 20 (57 %) па-

циентов, фиксация спицами и шурупами — у 3 (8,6 %) пациентов. Всем пациентам выполнялась иммобилизация с использованием гипсовых лонгет в раннем послеоперационном периоде, а затем — с использованием жестких полимерных иммобилизирующих бинтов Scotchcast. Рентген-контроль осуществлялся в раннем послеоперационном периоде, а также ежемесячно в течение 3–4 месяцев с регулярными осмотрами в условиях ГОЦДС.

Для 12 (34 %) пациентов понадобились повторные оперативные вмешательства. Наиболее часто встречалась несостоятельность артродеза (у 6 (50 %) пациентов). Среди них 1 (16,7 %) пациент после фиксации пластиной, 3 (50 %) пациента после фиксации шурупами и 2 (33,3 %) пациента — спицами без погружения под кожу. Также среди показаний к операции отмечены пролежень шурупа у 3 (25 %) пациентов и необходимость дополнительной коррекции у 2 (16,7 %) пациентов, одному из которых выполнен артродез с погружением спиц под кожу, другому — фиксация шурупами. Таким образом, артродез с использованием шурупов не оправдан ввиду высокого риска осложнений и недостаточной фиксации у пациентов с ДОАПШ. Фиксация спицами с их последующим погружением под кожу наиболее эффективна ввиду низкого процента развития осложнений и адекватной фиксации.

1 (2,8 %) из пациентов умер ввиду тяжести сопутствующей патологии. Из прооперированных пациентов только 2 (5,7 %) пациентам понадобилась ампутация, что говорит о высокой эффективности оперативного вмешательства при данной патологии.

#### **Выводы**

При выполнении артродеза у пациентов с ДОАПШ наиболее оправдана фиксация спицами с их оставлением над кожей, что подтверждает положительный результат у 90 % прооперированных таким способом пациентов. Фиксация спицами с их последующим погружением под кожу оказалась эффективна у 80 % пациентов. Артродез с применением шурупов оказался неэффективным в 100 % случаев.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Свиридов, Н. В. Диабетическая остеоартропатия (лекция) / Н. В. Свиридов // Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. — 2013. — № 2. — С. 79.
2. Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care: 7–8 April 1999, Boston, Massachusetts. American Diabetes Association // Diabetes Care. — 1999. — Vol. 22, № 8. — P. 1354–1360.
3. Хирургическое лечение остеоартропатии / Н. И. Сабанчиева [и др.] // Раны и раневые инфекции, журнал им. проф. Б. М. Костюченка. — 2015. — Т. 2, № 3. — С. 46.

**УДК 616.34-007.64**

### **ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА**

**Слепченко П. В., Жилинский Н. С.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. А. Соломонова**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Дивертикулярная болезнь кишечника является важной не только медицинской, но и социально-экономической проблемой современного общества. Значимость данной проблемы возрастает вследствие высокой распространенности в старших возрастных группах населения, а также больших материальных затрат на оказание помощи пациентам с данной патологией.