

совокупности с сокращением сроков полного заживления ран обеспечивало положительный экономический эффект и ускоряло реабилитацию и социальную адаптацию пациентов при СДС. При применении ПОРФТ ни одного случая аллергических и других нежелательных патологических реакций не отмечено.

Выводы:

1. Местное лечение с использованием ПОРФТ из аутокрови пациентов с сахарным диабетом оказывает выраженное положительное влияние на динамику заживления у них раневых поражений кожных покровов нижних конечностей.

2. Применение аутологичной ПОРФТ для местного лечения диабетических язв нижних конечностей достоверно ($p < 0,05$) сокращает сроки полного заживления.

3. Установлена возможность применения технологии с использованием ПОРФТ для лечения длительно не заживающих ран при сахарном диабете в амбулаторных условиях. Формирование адгезивного геля на раневой поверхности позволяет не закрывать область раны фиксирующей бинтовой или другой повязкой.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТАМПУТАЦИОННОГО СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Хаджи Исмаил И. А., Юреня Е. В., Шишко О. Н.,
Хаджи Исмаил А. И.

Городской эндокринологический диспансер,
г. Минск, Республика Беларусь
Республиканский клинический госпиталь ИВОВ им. П.М. Машерова,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Многолетний опыт и прогресс в лечении сахарного диабета не уменьшили количество его осложнений, касающихся организма в целом и нижних конечностей в частности, приводящих к ампутации стопы или её отдельных сегментов. Во многих случаях ампутация является методом выбора, но не всегда решает проблему, а часто, наоборот, добавляет много трудно решаемых проблем, одна из них –

постампутационный синдром диабетической стопы.

Цель: оценка эффективности разработанной нами методики ведения пациентов с диабетом после ампутации стоп разных уровней.

Материал и методы. Анализ результатов амбулаторного наблюдения 20 пациентов с сахарным диабетом с открытой послеоперационной раной на фоне ампутаций стопы разных уровней за промежуток времени январь 2016 – декабрь 2017 гг. Пациентов разделили на две группы. В 1-ю группу вошли 6 чел. с открытой послеоперационной раной, 2 пациента – после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 1 пациент после ампутации 1-го пальца левой стопы, 1 пациент после ампутации 4-го пальца правой стопы, 1 пациент после ампутации правой стопы по Шарпу и 1 пациент после ампутации левой стопы по Шарпу. Этим пациентам проводили перевязки по общепринятой методике: удаление гиперкератоза краев раны, некрэктомия при необходимости. Раны промывали антисептиком, накладывали АС-повязку, давали рекомендации для индивидуального пошива обуви со стельками. Во 2-ю группу вошли 14 пациентов: 4 пациента после ампутации 1-го пальца правой стопы с удалением дистального конца 1-й плюсневой кости, 3 пациента после ампутации 1-го пальца левой стопы, 3 пациента после ампутации левой стопы по Шарпу, 1 пациент после ампутации правой стопы и реампутации на уровне Шопара, 1 пациент после ампутации 2-го и 3-го пальцев левой стопы с переходом на дистальный конец одноименных плюсневых костей, 1 пациент после ампутации 5-го пальца правой стопы, 1 пациент после ампутации 4-го пальца правой стопы. У этих пациентов проводили перевязки аналогично таковым в первой группе, дополнительно была применена разгрузка пораженной конечности. Разгрузка осуществлялась с помощью супинаторов, валиков, марлевых искусственных пальцев, специальной пасты и иммобилизирующей повязки из полимерного материала, индивидуального пошива обуви.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе раны затянулись полностью в срок от 4 до 6 месяцев. Во всех случаях, когда была проведена ампутация пальцев с переходом на дистальные концы

одноименных плюсневых костей, произошли выраженная деформация стопы, искривление, подвывихи соседних пальцев и их утолщение, образованы опасные точки опоры, где постоянно появляется гиперкератоз, гематомы, нагноение и инфицирование. Самое опасное осложнение – образование устойчивых трофических язв в зонах высокого давления, с которыми невозможно справиться, несмотря на все усилия, приложенные в этом направлении. У 2-х пациентов произведена ампутация соседних пальцев.

Во 2-й группе раны затянулись в течении 2-х месяцев, все отрицательные послеоперационные изменения заметно уменьшились. Периодически возникали небольшие проблемы, которые требовали быстрого решения: гематомы, гиперкератоз. У одного пациента после снятия иммобилизирующей повязки (totalcontactcast) возникла проблема с соседним пальцем и потребовалась ампутация.

Выводы. К сожалению, не всегда ампутация является оптимальным решением и во многих случаях приводит к серьезным проблемам, особенно после ампутации пальцев с переходом на плюсневые кости.

Разгрузка пораженной конечности играет заметную роль в ускорении заживления послеоперационных ран и профилактике дальнейших деформаций и осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭБЕРПРОТ-П В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Черноморец Н. В., Чур Н. Н., Шкода М. В., Ярошевич Н. А.

УЗ 10 ГКБ, УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Одним из осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). В числе наиболее частых проявлений СДС – трофические язвы (ТЯ), которые развиваются у 10-15% пациентов.