

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММОБИЛИЗИРУЮЩИХ РАЗГРУЗОЧНЫХ ПОВЯЗОК TOTAL CONTACT CAST ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫБекмуратов А.Я.¹, Мусиний С.М.²

1 – Алматинская многопрофильная клиническая больница, Республика Казахстан, г. Алматы;
2 – Центральная районная больница села Шелек, Республика Казахстан, Алматинская область

Сахарный диабет (СД) в настоящее время является серьезной медицинской и социальной проблемой. согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 году количество больных с СД превысит 592 млн [1, 7, 8], а к 2040 году предполагается увеличение их количества до 642 млн (Консенсус 2016). Но проблема состоит не только в распространенности СД, но и в быстром развитии осложнений, такие как синдром диабетической стопы (СДС), которые приводят к снижению качества жизни больного, инвалидизации и смерти. СДС наблюдают у 30-45% больных. тяжелые осложнения у 10-13%. Это основная причина гнойно-некротических осложнений и ампутации нижних конечностей стопы [2, 10, 11].

Внедрение современных методов и технологий обеспечило высокую эффективность лечения больных с синдромом диабетической стопы (СДС). При нейропатической форме заживление трофической язвы в зависимости от глубины поражения достигается в 80-90% случаев. Однако следует помнить, что для успешного лечения СДС необходимо соблюдение нескольких обязательных условий. В 1999 году в Нидерландах было принято Международное соглашение по диабетической стопе [9], согласно которому основными принципами терапии больных с поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета являются: компенсация углеводного обмена, разгрузка пораженного участка, коррекция возможной ишемии, борьба с инфекцией, санация и обработка раневого дефекта, использование атрауматичных перевязочных средств. Низкая эффективность лечения часто связана с тем, что эти условия соблюдаются не полностью. И хотя в последнее время появились новые антибактериальные препараты и такие высокотехнологичные методы лечения, как биоинженерная кожа, экзогенные факторы роста и цитокины, ингибиторы матриксных металлопротеиназ, добиться заживления раны без адекватной разгрузки практически невозможно. Целый ряд исследований показал, что большинство язвенных дефектов стоп локализуется в местах максимальной вертикальной нагрузки [5, 7, 8]. К этим областям относится проекция головок плюсневых костей и пятка. Снижение болевой и проприоцептивной чувствительности на фоне диабетической нейропатии приводит к тому, что образование язвы остается незамеченным и больной продолжает ходить, несмотря на наличие раны. Это ведет к постоянной травматизации раны и делает невозможным нормальное течение раневого процесса. Поэтому ключевым условием эпителизации трофической язвы является полное устранение воздействия нагрузки на рану. Разгрузка стопы должна быть постоянной: даже несколько шагов в течение дня могут серьезно замедлить заживление нейропатической язвы [6, 7]. Метод разгрузки выбирается индивидуально, в зависимости от локализации язвы, физической активности пациента и других индивидуальных факторов. Используются как строгий постельный режим и кресло-каталка, так и разгрузочный «полуботинок», костыли, иммобилизирующие лангеты [1, 3, 7]. Общепринятым во всем мире «золотым стандартом» разгрузки конечности при лечении больных с синдромом диабетической стопы является технология Total Contact Cast (ТСС). Использование ТСС при лечении трофических язв приводит к значительному сокращению сроков их заживления, что предотвращает ампутацию конечности и инвалидизацию пациента. Кроме того, ТСС является единственным методом быстрой и надежной иммобилизации конечности при лечении острой стадии диабетической остеоартропатии (ДАОП). Общеизвестно, что при этом состоянии полная разгрузка конечности имеет значительно большее значение, чем применение тех или иных лекарственных препаратов. Внедрение в клиническую практику ТСС позволяет изготовить средство разгрузки непосредственно в кабинете хирурга, травматолога, практически сразу после установления диагноза ДАОП, что позволяет избежать последующей деформации стопы и утраты ее опорной функции. В современных повязках ТСС используется новый материал софткаст, взамен более старого Скотчкаст. Он обладает большей гибкостью. Из материала предыдущего поколения Скотчкаст теперь изготавливаются только вставки, которые придают повязке необходимую прочность. Новая модификация повязок делает возможным для пациента совершать небольшие сокращения мышц конечности, то есть достигается перенос значительной части веса пациента с области стопы на мышцы голени, и благодаря этому риск осложнений уменьшается. [2, 7, 8].

Пневмоортез ТСС является эффективным и безопасным методом разгрузки, приводящим к излечению 100% не инфицированных нейропатических язв подошвенной поверхности переднего отдела стопы. Не рекомендуется использование пневмоортеза для лечения пациентов с локализацией раневых дефектов в среднем отделе стопы и пяточной области. Пневмоортез является эффективным и безопасным методом разгрузки, приводящим к излечению 100% не инфицированных нейропатических язв подошвенной поверхности переднего отдела стопы. Не рекомендуется использование пневмоортеза для лечения пациентов с локализацией раневых дефектов в среднем отделе стопы и пяточной области.