

**Основные результаты исследований.** В группе контроля из критериев – предикторов FRAX® чаще всего зарегистрированы 3 ведущих: 1 – снижение роста более, чем на 3 см. после 40 лет (32,2 %), 2 – физическая нагрузка менее 30 мин. в день (28,8 %), 3 – наличие переломов костей в анамнезе у родителей (27,1 %). Во 2-й группе: 1 – снижение роста более чем на 3 см. после 40 лет (42,9 %), 2 – наличие в анамнезе ревматоидного артрита (31,7 %), 3 – наличие переломов костей в анамнезе (27 %) и переломов костей в анамнезе у родителей (25,4 %). Доля лиц с 1 и более ФРОП составила 100 % в обеих группах. В 1-ой группе доля лиц с 3 и более ФРОП составила 57 % (3-я ФРОП – 16,9 %, с 4-я ФРОП – 15,2 %, с 5-ю ФРОП – 16,4 %, с 6-ю ФРОП – 8,58 %). Во 2- группе доля лиц с 3-я и более ФРОП – 63,5 % (с 3-я ФРОП – 20,6 %, с 4-я ФРОП – 12,7 %, с 5-ю ФРОП – 22,2 %, с 6-ю ФРОП – 3,2 %, с 7-ю ФРОП – 4,8 %).

При обработке данных анкет в системе FRAX® установлено, что 10-летний риск возникновения основных остеопоротических переломов и перелома шейки бедренной кости выше в группе пациентов имеющих гипотиреоз, в сравнении с группой контроля ( $5,36 \pm 0,62$  % и  $0,90 \pm 0,26$  %,  $4,75 \pm 0,73$  % и  $0,82 \pm 0,21$  %, соответственно).

#### **Выводы:**

1. На основании проведенного нами предварительного анализа установлено, что 10-летний риск возникновения основных остеопоротических переломов и перелома шейки бедренной кости превалирует у пациентов с гипопункцией щитовидной железы.

2. Высокая частота ФРОП более 3-х в контрольной группе – 57% и в группе с гипотиреозом – 63,5% требует активной профилактики остеопороза и проведения дополнительных обследований для определения изменений минеральной плотности кости.

### **СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ, НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ФАЗЫ СТОПЫ ШАРКО МЕТОДОМ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ**

Грачева Т.В., Галимзянов Ф.В., Шаповалова О.П.  
ГУЗ СОКБ №1, отделение гнойной хирургии

**Актуальность** – Остеоартропатия (ОАП) Шарко остается серьезной проблемой вследствие несвоевременной и неверной диагностики и задержки или неадекватности лечения. Врачи, редко встречающие пациентов с данной патологией, могут оценивать костные изменения как обычный перелом или остеомиелит и, как следствие, выбирать неверную тактику лечения.

**Клинический случай:** пациентка Б., 23 лет, длительность сахарного диабета 1 типа 12 лет, обратилась с жалобами на отек и покраснение правой стопы после незначительной травмы. Она была направлена в ортопедической отделение, где при рентгенографии был выявлен двухлодыжечный перелом (рис. а). Была выполнена фиксация латеральной лодыжки проволочной петлей и фиксация медиальной лодыжки при помощи металлической пластины и винтов (рис б). Созданная стабильность сустава и отсутствие боли позволяли Б. Ходить с опорой на эту ногу.

Через 3 месяца появились признаки инфекции и деструкции костей, составляющих голеностопный сустав. Появился свищ в области медиальной лодыжки с гнойным отделяемым. Разрушение костей продолжалось, несмотря на удаление металлических конструкций (рис.с). В настоящее время у пациентки имеется свищ с гнойным отделяемым (рис.д), признаки остеомиелита (рис.е) и практически полное разрушение голеностопного сустава (рис. д).



В настоящее время мы планируем провести артродезирование голеностопного сустава после некрэксвестрактомии и курса антибактериальной терапии.

**Вывод:** наружная фиксация переломов, развившихся при ОАП Шарко, может усугубить заболевание и привести к развитию остеомиелита. Раннее восстановление опоры на конечность также усугубляет ситуацию. Хирурги – ортопеды должны быть информированы о том, что все случаи переломов костей стопы у пациентов с сахарным диабетом могут происходить на фоне ОАП, что требует менее агрессивной тактики и более длительной иммобилизации.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.**

Грачева Т.В.<sup>1</sup>, Галимзянов Ф.В.<sup>1</sup>, Мкртумян А.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУЗ СОКБ№1, г. Екатеринбург, <sup>2</sup>МГСМУ, г. Москва

**Актуальность проблемы:** хотя отрицательное влияние гипергликемии на течение хронического раневого процесса бесспорно, доказательства того, что быстрое устранение гипергликемии ускоряет заживление ран, не получены. Интенсивная инсулиноterapia с целевыми значениями препрандиальной глюкозы 4,4-6,1 ммоль/л у пациентов хирургических стационаров привело к шестикратному увеличению количества гипогликемий, которые явились независимым фактором риска летального исхода [Moghissi E. et al., 2009.]. До сих пор неясными остаются оптимальная методика введения и группа пациентов, наиболее нуждающаяся в жестком контроле гликемии, продолжают оставаться неизвестными. [Pittas A. G. et al., 2004, Bryer-Ash M. et al, 2005]. Консенсус американских