

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.¹, Галимзянов Ф.В.¹, Мкртумян А.М.²

¹ГУЗ СОКБ№1, г. Екатеринбург, ²МГСМУ, 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