*Журавлёва П.В., Александрова Е.В.*

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины

с курсом физического воспитания и здоровья

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина

Научный руководитель: асс. Дорогань К.В.

Актуальность. В современном мире возрастает количество хронических, длительно не заживающих, ран, что в случае сахарного диабета (СД) связано не только с многочисленными ангиопатиями, но и с нейротрофическими изменениями, вследствие которых больной не может адекватно оценивать своё состояние. Осложнения и последствия данной болезни необходимо корректировать в стадии реабилитации для достижения более стойкой ремиссии и улучшения качества жизни каждого пациента.

Цель. Изучение основных условий и методов реабилитации для пациентов с хроническими трофическими ранами, которые не поддаются хирургическому лечению в связи с развитием ангиопатий и нейропатий, в том числе с синдромом «диабетической стопы», трофическими язвами, длительно незаживающими послеоперационными ранами.

Материалы и методы. Сбор, обработка, сводка и анализ эмпирических данных, изучение программы реабилитации 7 пациентов с диагнозом «сахарный диабет» с развитием осложнений по типу «диабетической стопы» (2 больных), трофических язв (4 больных), незаживающей послеоперационной раны после экзартикуляции IV и V пальцев правой стопы (1 пациент). Для определения уровня качества жизни после реабилитационной программы использовался опросник для пациентов с венозными заболеваниями CIVIQ 2.

Результаты. Основным принципом реабилитации больных с подобной патологией должны стать: непрерывность лечения, его комплексность, дифференцированный подход, которые обеспечат лечение и реабилитацию на всех стадиях развития данной нозологической формы. Для данной цели существует разработанная схема реабилитации больных с трофическими язвами, которая включает в себя два звена: стационарное и амбулаторное. После стационарного этапа, который включал в себя обработку ран, закрытие обширных деструктивных поверхностей аутодермальным расщепленным лоскутом, проводилось динамическое наблюдение за пациентами в амбулаторной стадии. На втором этапе физиотерапевтические методы включали в себя: ультразвуковую очистку и обработку ран (данный метод использовался на протяжении всего алгоритма реабилитации), лазеротерапию (в т.ч. ВЛОК – внутривенное лазерное облучение крови), магнитотерапию, а также ношение компрессионного бандажа со II и III степенью сжатия, лечебную физкультуру и терренкур.

Лазеротерапия проводилась с помощью низкоинтенсивного лазерного облучения инфракрасным излучением ежедневно в течение 7 дней с промежутком без облучения 10 дней. С целью улучшения реологических свойств крови, микроциркуляции проводили ВЛОК у 4 исследуемых пациентов. Воздействие переменного магнитного поля проводили ежедневно курсом 10-12 процедур. Все физиотерапевтические процедуры не вызвали осложнений или побочного действия.

Эффективность проводимой реабилитационной программы изучали на основании времени заживления, а именно: скорости эпителизации язвенного дефекта, выраженная в последовательном образовании грануляций и последующем рубцевании с уменьшением площади раневой поверхности. Анализ приживления лоскута показал полное приживление у 6 пациентов, что, в свою очередь, сопровождалось образованием грануляций на 11-12 сутки и эпителизацией на 14 сутки на раневых поверхностях; частичное приживление у 1 пациента с экзартикуляцией на 14 сутки и 17 сутки соответственно. Данные показатели имеют более высокую скорость заживления по сравнению со статистическими показателями послеоперационного периода у лиц без проводимой физиотерапевтической реабилитации на 3±0,8 суток.

Все процедуры проводились на фоне консервативной терапии с помощью антибактериального лечения, использования флеботоников, антиоксидантов, нестероидных противовоспалительных препаратов, низкомолекулярных гепаринов, биостимуляторов, иммуномодуляторов и внутривенной реологической терапией, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению и реабилитации.

Выводы. Физические методы реабилитации являются перспективной областью для дальнейшего изучения, поскольку на фоне проводимых физиотерапевтических процедур улучшается качество хирургического и терапевтического лечения. В случае пациента после экзартикуляции наиболее эффективно себя показала лазерная терапия (инфракрасное излучение и ВЛОК). После проведенной схемы реабилитационной программы по сравнению со стандартной консервативной терапией средняя скорость заживления возросла, в среднем, на 18,2%. В результате анализа результатов опросника пациенты по всем параметрам отмечали улучшение качества жизни. Одним из показателей, свидетельствующих об эффективности терапии, являлась выраженность болевой составляющей, которая снизилась на 8±0,3 балла, по сравнению с результатами опроса до начала амбулаторного этапа, и составила 7±0,6 баллов из 20 возможных, что свидетельствует о регрессивной динамике данного показателя после проведенного лечения.