

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00497&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00497. Лікування синдрому діабетичної стопи

Автор: Tapani Ebeling  
Редактори оригінального тексту: -  
Дата останнього оновлення: 2017-08-06

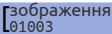
## Основні положення

- У пацієнта з цукровим діабетом необхідно щорічно проводити огляд ніг і оцінювати категорію ризику. Пацієнти 2 і 3 категорій ризику мають підлягати активній терапії і регулярному спостереженню.
- У лікуванні синдрому діабетичної стопи та навчанні пацієнта повинен брати участь лікар-подолог.

*Коментар експерта.* В Україні у Класифікаторі професій ДК 003:2010 відсутня професія лікар-подолог згідно наказу Держспоживстандарту України 28.07.2010 № 327.

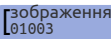
- Інфекції шкіри потребують раннього ефективного лікування.
- Розвантажувальні пристрої (імобілізаційні розвантажувальні пов'язки, зйомні ортопедичні шини, ортопедичне взуття) допомагають в лікуванні хронічних ран.
- Необхідно своєчасно розпізнати критичну ішемію, що вимагає оперативного втручання на судинах.
- Нейроартропатію Шарко необхідно вчасно розпізнавати та лікувати з використанням закритої імобілізаційної пов'язки.

## Скринінг на наявність проблем зі стопами і визначення пацієнтів групи ризику

- Стопи пацієнтів із цукровим діабетом необхідно оглядати принаймні раз на рік.
  - Особливо важливо обстежувати ноги у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та у пацієнтів із діабетом 1-го типу віком 30 років і старше, тривалість захворювання у яких складає більше 15 років.
  - Подолог або медсестра, які спеціалізуються на діабеті, можуть проводити скринінгове обстеження та визначати категорії ризику. Це також повинно передбачати навчання пацієнтів.
  - Пацієнти з уперше виявленим діабетом повинні бути проконсультовані щодо профілактики проблем зі стопами.
- На підставі отриманих результатів повинні визначатись пацієнти з груп ризику, вони потребують частішого спостереження (лікарем також, а не тільки медсестринським персоналом).
  - Попередні виразки та інфекції. Особливо важливо запобігти розвитку нових виразок.
  - Калюс (ризик виразки збільшується за наявності темних крововиливів у калюс)
  - Мацерації та пухирі на шкірі
  - Деформації стоп і пальців ніг.
    - Клишоногість підвищує схильність до калюсу або появи виразок на середині подушечок стопи
    - Молоткоподібна деформація пальців стопи
    - Вальгусна деформація
    - Виступаючі плеснові кістки основи стопи
  - Зниження тактильної чутливості (нейропатія, монофіламентний тест; див. рисунок  [Monofilament test])
  - Зниження кровотоку в стопах, попередні хірургічні втручання на судинах
  - Ризик ушкодження стопи також збільшується при:
    - поганому контролі глікемії
    - ретинопатії, яка загрожує втратою зору
    - нефропатії

- курінні
  - неналежній гігієні стоп
  - соціальному відчуженні, проблемах з алкоголем
  - психічних захворюваннях, депресії.
- У прикутих до ліжка пацієнтів із діабетом необхідна профілактика пролежнів шляхом використання подушечок та позиційного лікування. Шкіру треба обстежувати щодня.
  - Класифікація за ризиком [табл. T1] допомагає приділити особливу увагу та розпочати втручання у тих, хто отримує найбільшу користь від терапевтичних втручань (наприклад, догляд за стопами, устілки) та спланувати спостереження.
    - Пацієнтів із помірним та середнім ризиком розвитку виразок стоп ідентифікують шляхом виявлення зниженої тактильної чутливості за допомогою монофіламентного тесту та відсутності пульсації у стопах.
    - Для визначення пацієнтів з високим ризиком достатньо виразок стоп або ампутації нижньої кінцівки в анамнезі.
  - Класифікація WIfI (Wound, Ischemia, and foot Infection - Рана, ішемія та інфекція стопи), яка поєднує в собі виразки стопи, ішемію і інфекцію корелює з важливими клінічними кінцевими точками, такими, як збереження кінцівки і загоєння виразки.

Таблиця T1. Класифікація оцінки ризику виникнення проблем, пов'язаних з синдромом діабетичної стопи

Категорія ризику 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немає сенсорної нейропатії, немає порушень артеріального кровотоку</li> <li>• Можуть визначатись деякі порушення позиції стоп</li> </ul>
Категорія ризику 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сенсорна нейропатія; втрата больової чутливості, визначена за допомогою монофіламентного тесту  [Monofilament test]</li> </ul>
Категорія ризику 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сенсорна нейропатія; втрата больової чутливості</li> <li>• Крім того, один або декілька наступних симптомів:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ моторна нейропатія</li> <li>◦ обмежена мобільність суглоба</li> <li>◦ зміни ходи та навантаження на ноги</li> <li>◦ порушення артеріального кровотоку:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ пульс на стопах не визначається</li> <li>▪ істотне зниження гомілково-плечового індексу &lt; 0.6 (тиск в області кісточки &lt; 55 або тиск на великому пальці &lt; 30 мм рт.ст.)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ переміжна кульгавість</li> <li>▪ критична ішемія (біль у спокої, виразки, гангрена)</li> </ul>
Категорія ризику 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виразки і/або ампутація в анамнезі</li> </ul>

## Обстеження стоп пацієнта з діабетом [доказ В] [02467]

1. Пошук ознак нейропатії
  - Поколювання, парестезії, судоми, синдром неспокійних ніг, порушення чутливості, біль і гіперестезія є ознаками сенсорної нейропатії.
  - Послаблення тактильної чутливості, зникнення вібраційної чутливості та відсутність рефлексів із ахілового сухожилку є ознаками нейропатії, які найбільш легко визначити [настанова 00495] Діабетична нейропатія]. Повинен використовуватись монофіламентний тест.
2. Перевірка взуття і його придатності.
  - Чи є зручним повсякденне взуття пацієнта?
  - Чи відповідає розмір взуття носі пацієнта (дорівнює довжині стопи + 1–1.5 см)? Чи є розтяжки навколо першого та другого пальців? Чи носить спеціальну устілку?
  - Чи відповідає розмір шкарпетки носі пацієнта і чи виготовлені вони з м'якої бавовни?
3. Оцінка кровообігу
  - Чи є симптоми кульгавості?
  - Похолодання стоп і тонка, блискуча і почервоніла шкіра свідчать про поганий артеріальний кровотік.
  - Необхідна аускультация стегнових артерій і пальпація периферичних артерій. Явну макроангіопатію можна виключити лише в тому випадку, якщо пульсація на периферичних артеріях добре пальпується.
  - Автономна нейропатія призводить до збільшення артеріовенозного шунтування, що робить ногу теплою на дотик, а вени повнокровними. Незважаючи на задовільний, на перший погляд, кровотік постачання кисню у тканини зменшується.

- Доплерівський стетоскоп може використовуватися для оцінки периферичного кровотоку [\[настанова 00102\]](#) [\[Доплерографія як діагнос...\]](#)  
Зниження тиску на кісточці завжди є клінічно значимою знахідкою. Хибно підвищений тиск на кісточках може бути вимірний за наявності склерозу медії, а повільний (низькочастотний) і однофазний пульс вказує на поганий кровообіг. Ішемія є критичною, якщо тиск на кісточках нижче 60 мм рт. ст. або відношення тиску на кісточках до тиску на руках нижче 0,85, і пацієнт має біль або виразку. Щодо ішемії нижніх кінцівок див [\[настанова 00101\]](#) [\[Ішемія нижніх кінцівок\]](#).
- 4. Пошук деформацій передплесна, змін шкіри, нігтів, виразок і тріщин (включно між пальцями ніг), інфекцій.
  - При підозрі на кандидоз має визначатись грибкова культура,.
  - Потовщення шкіри в зонах підвищеного навантаження.
  - Подіатричне дзеркало або подографія допомагають у розпізнанні місць підвищеного навантаження.

## Лікування позиційних деформацій

- Зручне взуття, спеціально виготовлене на фабриках або, за необхідності, за індивідуальним замовленням
- Гігієна стоп і регулярне зволоження
- Вправи для ніг та ходьба
- Устілки, що полегшують навантаження або призначені для біомеханічної стимуляції стоп
- Ортези, шини для пальців ніг, подушечки
- Регулярне видалення мозолів (відео [\[відео 00047\]](#) [\[Removing clavus with sca...\]](#))
- Хірургічне лікування: корекція молоткоподібної деформації пальців, видалення вальгусної деформації, деформації пальців, резекції плеснових кісток.

## Поверхневі грибкові і бактеріальні інфекції

- Діагноз грибової інфекції [\[настанова 00267\]](#) [\[Dermatomycoses\]](#) ґрунтується на виявленні грибової культури. Зразок збирають з очищеної шкіри після загоєння бактеріальної інфекції.
  - Місцеве лікування застосовується для проміжків між пальцями (імідазол або тербінафін).

- Оніхомікоз та так звана мокасинова стопа (tinea pedis) вимагають перорального прийому препаратів (тербінафіну або ітраконазолу) [настанова 00267 | Dermatomycoses]. Оніхомікоз, який обмежується кінчиком нігтя (зовнішня третя частина), може лікуватися за допомогою лаку з аморолфіном.
- Тривалість лікування оніхомікозу, як правило, становить щонайменше 3 місяці.
- Інфекційному дерматиту (рисунки [зображення 01054 | Infectious dermatitis at...] [зображення 00235 | Infectious eczema in the...]) часто передують грибкова інфекція.
  - Пустулярна екзема між пальцями та на передплесні з раптовим початком
  - Якомога раніше починається лікування антибіотиками, активними відносно стафілококів (наприклад, цефалексин 500 мг × 3).
  - Ванночки з перманганатом калію (1:10 000), а в пустулярній фазі - крем, що містить кортикостероїди та антибіотик з вологим компресом із фізіологічним розчином зверху. Компрес змінюється або зволюється кожні 4-6 годин. Коли інфекція затухає, пов'язки накладаються менш оклюзивно і стають більш сухими для забезпечення "сухої рани".
- Пароніхії (при вросанні нігтя) у пацієнта з діабетом потрубують серйозної уваги. Як правило, причиною є неправильне обрізання нігтів або тісне взуття.
  - Пацієнта інструктують, як належним чином обрізати нігті. Подолог може виправити вросання нігтя за допомогою пружини або якогось іншого пристрою.
  - Антибіотики (наприклад, цефалексин 500 мг × 3) можуть бути показані в ранній фазі.
  - Ванночки з перманганатом калію. Неоміцину та бацитрацину слід уникати через ризик розвитку алергічної реакції.
  - Якщо пароніхії стають хронічними, край нігтя зрізають, а корінь нігтя обробляють фенолом [настанова 00294 | Пароніхія та врослий ніг...]. Грануляції видаляються. Процедура не може бути виконана під місцевою анестезією при порушенні кровообігу стопи.

## Показання до стаціонарного лікування виразки стопи

- Глибока виразка з ймовірністю поширення на кістку або суглоб
- Лихоманка або погіршення загального стану
- Целюліт діаметром більше 2 см навколо інфікованої виразки
- Тяжка (критична) ішемія
- Пацієнт не в змозі дотримуватися рекомендацій щодо лікування ран
- Погані умови для лікування (гігієна, сімейні обставини)
- Показання для консультацій фахівцями полягають у наступному:
  - Виразка не має ознак загоєння протягом двох тижнів.
  - На стопі, де є виразка не пальпується пульсація.

## Лікування виразки стопи [доказ D] [05251] [доказ C] [07023] [доказ C] [07238] [доказ B] [02453]

- Навіть невеликі пошкодження слід лікувати та спостерігати за ними.
- Рівень глюкози в крові повинен підтримуватися в нормальному діапазоні, наскільки це можливо.
- Нейропатична виразка часто виникає на місці калюсу чи клавусу, оточена ділянкою гіперкератозу.
  - Зменшення надмірного навантажувального тиску є найбільш важливим пунктом лікування.
  - Виразка загоюється приблизно через 1-1,5 місяців ходьби з іммобілізаційною пов'язкою. Лікування проводиться досвідченими фахівцями. Глибока інфекція, що потребує дренивання, важка ішемія, пошкоджена шкіра на стопі або нозі, сильний набряк стопи, що часто супроводжується порушенням координації, порушенням зору, проблемами з рівновагою та ожирінням, є протипоказаннями для носіння іммобілізаційних пов'язок.
  - Зйомні іммобілізаційні пов'язки є такими ж ефективними при лікуванні нейропатичної виразки, як і закриті пов'язки. Перевагами є поліпшення комфорту пацієнта та зниження вартості.
  - Альтернативою є устілка, що зменшує надмірний навантажувальний тиск, вона виготовляється подіатром або ортопедом-техніком.

- Ішемічна виразка розташовується на кінчиках пальців ніг, між пальцями ніг, на латеральному боці стопи або на п'яті. Навколишня шкіра стоншується.
  - При критичній ішемії необхідно негайно оцінити можливість хірургічного втручання на судинах.
  - Може виникнути необхідність в устілках, що зменшують навантажувальний тиск або спеціальному взутті.
  - Імобілізаційні пов'язки також можуть використовуватись при локалізації виразки по краю стопи або на кінчиках пальців.
- Не слід забувати про лікування факторів ризику
  - Холестерин ЛПНЩ сироватки щонайменше нижче 2.5 ммоль/л / (бажано менше 2.0 ммоль/л); позитивний ефект від призначення статинів очікується майже у всіх пацієнтів.
  - Профілактика тромбозу (аспірин, іноді клопідогрель або варфарин)

*Коментар експерта.* Аспірин - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою ацетилсаліцилова кислота.

- Важливим є виявлення остеїту при глибоких виразках (дивись далі).

### Місцеве лікування [доказ 03662] В

- Гіперкератоз навколо нейропатичної виразки може бути видалений механічно з частотою раз на тиждень.
- Чорна основа виразки, некротична тканина видаляється пінцетом і скальпелем або ножицями. За необхідності використовуються місцеві анестетики.
- Загоєння гнійної глибокої виразки прискорюється при застосуванні ферментних препаратів (Varidase<sup>®</sup> or Iruhol<sup>®</sup>). Шлях введення - компрес із фізіологічним розчином, що замінюється або зволожується з 8(-12)-годинними інтервалами.

*Коментар експерта.* Varidase, Iruhol - торговельні назви лікарських засобів з фармакотерапевтичної групи ферментних препаратів, станом на 21.06.2019 в Україні не зареєстровано.

- Ванночки з перманганатом калію (1:10 000) є хорошим методом топічного антибактеріального лікування.



- Можливий дренаж глибоких виразок пастою з декстраномером (наприклад, Debrisan<sup>®</sup> „, гідроколоїдом (наприклад, Aquacell<sup>®</sup>), або марлею (наприклад, сорбакт (Sorbact<sup>®</sup>)). Після того, як поверхня виразки стає сухою, для подальшого лікування може використовуватись кадексомер йоду (наприклад, йодосорб<sup>®</sup>).

*Коментар експерта.* Лікарський засіб кадексомер йоду станом на 21.06.2019 в Україні не зареєстрований.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Декстраномер станом на 21.06.2019 в Україні не зареєстрований. Aquacell, Sorbact - торговельні назви медичних виробів з гідроколоїдом, станом на 21.06.2019 в Україні відсутні.

## Антимікробне лікування

- Показане, як мінімум, при всіх виразках, що досягають м'язового шару, а також при виразках, оточених ділянкою інфікованих м'яких тканин (явне почервоніння шкіри). Поверхневі, неускладнені виразки не потребують рутинного антибактеріального лікування.
- Після видалення некротичної тканини і гною необхідне визначення бактеріальної культури у рідині, що екскретується тканиною в основі виразки.
- 6-тижневого курсу антибактеріального лікування може бути достатньо для пацієнта, що має інфекцію діабетичної стопи і у якого розглядається можливість консервативного лікування.
- Антибактеріальний препарат повинен бути активним відносно стафілокока та стрептокока.
  - Цефалексин 500 мг × 3 або
  - Кліндаміцин 150 мг × 3 або
  - Клоксацилін 500 мг × 4

*Коментар експерта.* Лікарський засіб клоксацилін станом на 21.06.2019 в Україні не зареєстрований.

## Глибокі інфекції (остейт та целюліт) [Доказ 1B] [Доказ 1C]

### Остейт

- Глибина виразки (кістка може бути визначена за звуком у нижній частині виразки), наявність фістули і велика кількість секрету вказують на остейт.
- Зміни при остейті з'являються на рентгенограмі лише через 2-6 тижнів, іноді навіть пізніше. МРТ є швидшим і набагато точнішим методом.
- У якості первинного обстеження часто досить зондування та рентгенографії.
  - Якщо за звуком визначається кістка, виразку лікують так, ніби це остейт.
  - Якщо кістка не досягається зондом, то призначається антибактеріальне лікування, як при інфекціях м'яких тканин. Через два тижні повторно проводиться рентгенографія та оцінюється результат лікування. Якщо остейт візуалізується на рентгенограмі або у виразці все ще є секрет, виразку слід лікувати як остейт.
- Рівень СРБ підвищується при гострій інфекції. При хронічному остейті рівень СРБ є нормальним, швидкість осідання еритроцитів дещо підвищується.
- З приводу лікування остейту слід проконсультуватися зі спеціалістом (часто постає необхідність у МРТ, а також інвазивному заборі зразків для визначення бактеріальної культури).
  - У гострій фазі лікування полягає у призначенні, наприклад, кліндаміцину 450 мг × 4 внутрішньовенно + ципрофлоксацин 500 мг × 2 перорально.
  - Лікування може бути продовжене пероральним прийомом кліндаміцину 150 мг × 4.
  - Антимікробне лікування слід продовжувати після клінічного одужання та закриття виразки на 1-2 місяці, іноді навіть протягом багатьох років.

### Целюліт

- Целюліт з лихоманкою, що нагадує еризипелоїд, слід завжди лікувати стаціонарно з внутрішньовенним введенням антибактеріальних препаратів.

- У тяжких випадках призначається іміпенем або цефалоспорин третього покоління + кліндаміцин, лікування проводиться у центральній лікарні.
- У легших випадках призначається цефуроксим 1.5 г × 3 внутрішньовенно + кліндаміцин 150–300 мг × 4 перорально, необхідна госпіталізація. Альтернативою є внутрішньовенне введення ертапенему 1.0 г один раз на добу. Лікування може бути продовжене пероральним (кліндаміцином) після зниження температури тіла і затухання інфекції (визначається за рівнем СРБ). Загальна тривалість антибактеріального лікування складає 2-4 тижні.
- Пеніцилін G [настанова 00275] [Бешиха і целюліт] може використовуватись при лікуванні помірно вираженого еризипелоїду за відсутності діабетичної нейропатії або макроангіопатії стоп.

*Коментар експерта.* Пеніцилін G - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою бензилпеніцилін.

## Нейроартропатія Шарко

- Цей стан часто включає фрагментацію кісток, що швидко прогресує, травмування суглобів, схильність до підвивихів та вивихів і може розвинути на неішемізованій стопі пацієнта з тривалим перебігом діабету.
  - Першими симптомами є набряки, помірні болі, підвищена температура, а іноді і почервоніння стопи. Рентгенологічні зміни виявляються на пізній стадії захворювання. Типовою є деформація склепіння стопи внаслідок руйнування тарзометатарзальних суглобів.
- СРБ та швидкість осідання еритроцитів в межах норми; лужна фосфатаза плазми може бути підвищена.
- За необхідності, діагноз може бути підтверджений за допомогою виявлення типових ознак на МРТ.
- Лікування - іммобілізація на 6-9 місяців іммобілізаційною пов'язкою з використанням милиць. На початковому етапі використовується закрита іммобілізаційна пов'язка.
- Щодо лікування після ампутації, дивись [настанова 00434] [Ампутація нижньої кінців...].

## Лікувальні поради для пацієнтів із діабетом [Доказ 02280] [D]

- Взуття має бути зручним.
- Слід уникати дрібних травм.
- Не ходити надворі босоніж.
- Стопи тримати у чистоті.
- Штучне тепло шкідливе.
- Пильно стежити за нігтями.
- Необхідна ефективна профілактика грибкових інфекцій.
- Необхідна профілактика формування калюсу.
- Важливим є регулярне зволоження.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [Пов'язані 00354] [Treatment of the diabeti...]
- Література [Пов'язані 00354] [Treatment of the diabeti...]

## Джерела інформації

R1. Crawford F, Cezard G, Chappell FM et al. A systematic review and individual patient data meta-analysis of prognostic factors for foot ulceration in people with diabetes: the international research collaboration for the prediction of diabetic foot ulcerations (PODUS). Health Technol Assess 2015;19(57):1-210. [PubMedID|26211920]

R2. Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG et al. The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (WIFI) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. J Vasc Surg 2015;61(4):939-44. [PubMedID|25656592]

R3. Tone A, Nguyen S, Devemy F et al. Six-week versus twelve-week antibiotic therapy for nonsurgically treated diabetic foot osteomyelitis: a multicenter open-label controlled randomized study. Diabetes Care 2015;38(2):302-7. [PubMedID|25414157]

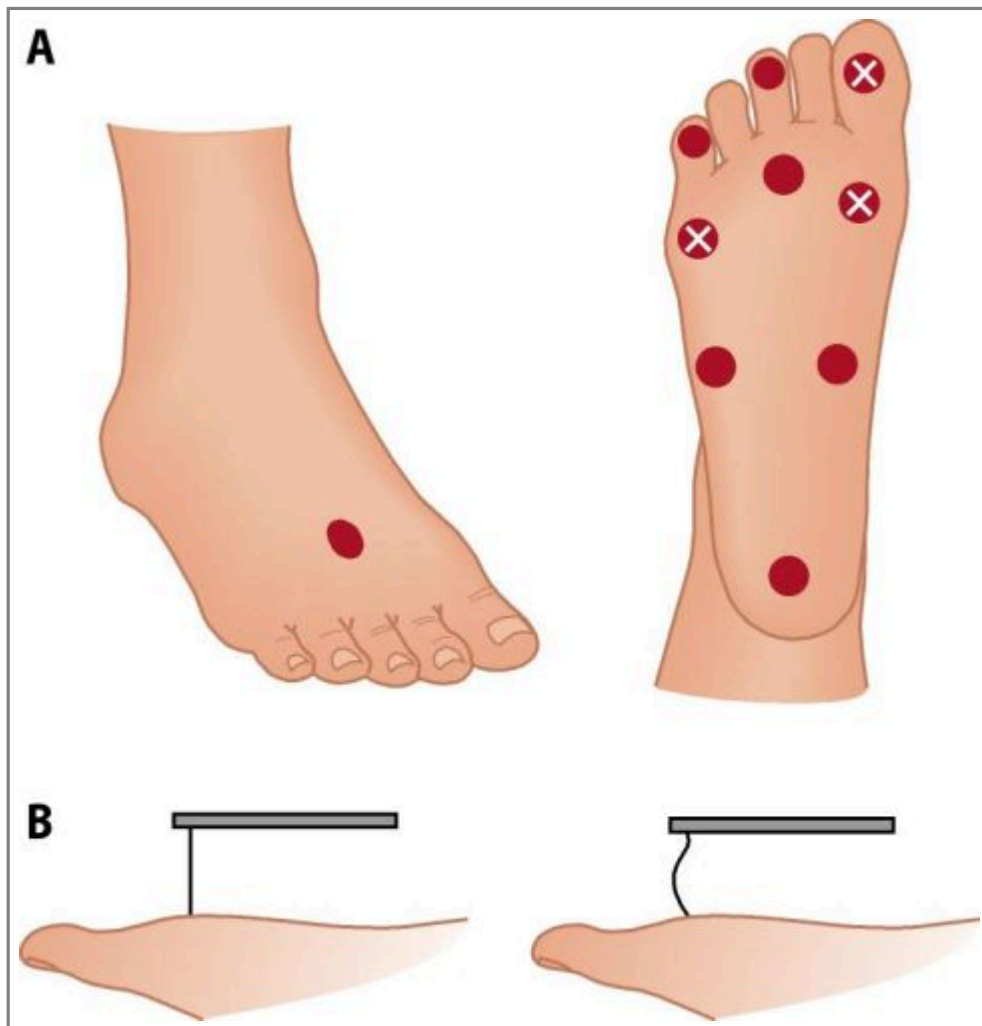
## Настанови

- [Настанова 00495](#). Діабетична нейропатія.
- [Настанова 00102](#). Доплерографія як діагностичний метод.
- [Настанова 00101](#). Ішемія нижніх кінцівок.
- [Настанова 00267](#). Dermatomycoses.

- [Настанова 00294](#). Пароніхія та врослий ніготь на пальцях стопи.
- [Настанова 00275](#). Бешиха і целюліт.
- [Настанова 00434](#). Ампутація нижньої кінцівки: післяопераційне лікування і реабілітація.

## Зображення

- [Зображення 01003](#). Monofilament test.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01054](#). Infectious dermatitis at the ankles.



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Suvi Cajanus  
Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00235](#). Infectious eczema in the legs.



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

## Відео

- [Відео 00047](#). Removing clavus with scalpel from diabetic foot ulcer.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02467](#). Prevention of foot ulcers in diabetics.  
Дата оновлення: 2018-04-25  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Combined patient education, therapeutic footwear and regular care with rapid referral to appropriate specialised multidisciplinary teams appear to reduce recurrent ulcer morbidity.
- [Доказовий огляд 05251](#). Silver based wound dressings and topical agents for treating diabetic foot ulcers.  
Дата оновлення: 2017-10-24  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Silver based wound dressings might possibly be as effective as other types of dressings for the treatment of diabetic foot ulcers, but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07023](#). Hydrocolloid dressings for healing diabetic foot ulcers.  
Дата оновлення: 2014-08-05  
Рівень доказовості: C  
Резюме: There may be no difference in the effects of hydrocolloid wound dressings compared to other types of dressings or a topical cream containing plant extracts in healing diabetic foot ulcers.
- [Доказовий огляд 07238](#). Negative pressure wound therapy for treating foot wounds in people with diabetes mellitus.  
Дата оновлення: 2014-01-14  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Negative pressure wound therapy may be more effective in healing post-operative foot wounds and ulcers of the foot in people with diabetes mellitus compared with moist wound dressings.
- [Доказовий огляд 02453](#). Pressure-relieving interventions for treating diabetic foot ulcers.  
Дата оновлення: 2013-07-12  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Non-removable, pressure-relieving casts appear to be more effective in healing diabetes related plantar foot ulcers than removable casts, or dressings alone.
- [Доказовий огляд 03662](#). Debridement of diabetic foot ulcers.  
Дата оновлення: 2010-04-15  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Hydrogel appears to increase the healing rate of diabetic foot ulcers.
- [Доказовий огляд 06467](#). Granulocyte-colony stimulating factors as adjunctive therapy for diabetic foot infections.  
Дата оновлення: 2017-07-17  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Adjunctive granulocyte-colony stimulating factors (G-CSF) treatment in people with diabetic foot infection appears to reduce the need for surgical interventions, including amputations. It may also improve infection status.
- [Доказовий огляд 06083](#). History, physical examination, laboratory and basic radiographic testing in the diagnosis of osteomyelitis in diabetic patients.  
Дата оновлення: 2008-07-16  
Рівень доказовості: C



Резюме: An ulcer larger than 2 cm, a positive probe to bone test result, an erythrocyte sedimentation rate of more than 70 mm/h, and an abnormal plain radiography result may be useful in diagnosing lower extremity osteomyelitis in patients with diabetes.

- [Доказовий огляд 02280](#). Patient education for preventing diabetic foot ulceration.

Дата оновлення: 2017-08-29

Рівень доказовості: D

Резюме: There is insufficient evidence on the effectiveness of patient education for the prevention of diabetic foot ulceration or amputations, although education may improve people's foot care knowledge and behaviour in the short term.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00497    Ключ сортування: 023.044    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-06

---

Автор(и): Tapani Ebeling    Автор(и) попередніх версій статті: Liisa Hiltunen    Редактор(и):  
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії

EBM Guidelines    Internal medicine    Endocrinology    Surgery    Orthopaedics    Physical medicine

---

Ключові слова індексу

mesh: Diabetic Foot    mesh: cast treatment    mesh: Soft Tissue Infections    mesh: ischemic ulcer    mesh: autonomic neuropathy  
mesh: deformity    mesh: diabetic ulcer    mesh: Diabetic Neuropathies    mesh: Bacterial Infections    mesh: walking cast  
mesh: Tinea Pedis    mesh: Administration, Topical    mesh: critical ischemia    mesh: moccasin tinea pedis    mesh: Onychomycosis  
mesh: Paronychia    mesh: Clindamycin    mesh: Osteitis    mesh: Cloxacillin    mesh: Potassium Permanganate  
mesh: bacterial culture    mesh: bone scan    mesh: chronic ulcer    mesh: hyperkeratosis    mesh: Foot Ulcer  
mesh: ankle pressure    mesh: Cefadroxil    mesh: Peripheral Nervous System Diseases    mesh: neuropathic ulcer  
mesh: infectious eczema    mesh: Ischemia    mesh: ankle-brachial index    mesh: Cefuroxime    mesh: antimicrobial therapy  
mesh: Radiography    mesh: Penicillin G    mesh: media sclerosis    mesh: Ciprofloxacin    mesh: neuropathy, sensory  
mesh: probing    mesh: toenail    mesh: Diabetes Mellitus    mesh: Diabetes Mellitus, Type 2    mesh: Diabetes Mellitus, Type 1  
mesh: Cellulitis    icpc-2: A98    speciality: Endocrinology    speciality: Internal medicine    icpc-2: L17    speciality: Orthopaedics  
speciality: Physical medicine    speciality: Surgery    icpc-2: T89    icpc-2: T90