

Autor(id): Eva-Liisa Rätsep

Küsimus: 8. Kas kõigil nahakahjustuseta Charcot' labajalaga diabeetikutel tuleb eelistada põveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi muudele rõhumisjõuduvähendavatele vahenditele, et saada parem ravitulemus?

Kontekst:

Bibliograafia:

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	põveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi	muid rõhumisjõudu vähendavaid vahendeid	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Charcot' jala paranemine, TCC (täis-kontakt kips) kasutamisel osalise koormuspiiranguga

1 ¹	vaatlusuuringud	suur ^{a,b,c}	väike	väga suur ^{a,c}	väga suur ^d	puudub	N=30 pt, kõigil DM diagnoos, 30% ka haavand. Võrdlusgrupp puudus. TCC kasutamine. 100% uuritutest paranes (nii kliiniline kui ka radioloogiline hinnang, aga standardiseerimata olid tervenemise kriteeriumid). Keskmine aeg paranemiseni 86 päeva (st. hälve +- 45) (min 22 - max 224). Vaid 28% uuritutest järgis kaalukoormuse vähendamise nõudeid.			 Väga madal ^{a,b,c,d}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-----------------------	-------	--------------------------	------------------------	--------	---	--	--	--	------------

Charcot' jala paranemine, TCC (mitte-eemaldatav) kasutamisel, koormuspiirang varieeruv (follow-up: keskmine 5 aastat)

1 ²	vaatlusuuringud	suur ^{e,f}	väike	väike	väga suur ^{g,h}	puudub	Prospektiivne ühe haigla jälgimisuuring 1988 kuni 2006 (47 patsiendist kaasaeti 27), N=27 pt (34 CNO jalga). 26-l pt-l DM. Eichenholtz I või varajane II staadiumi Charcot neuro-osteoartropaatia. Ühel jalal olid täheldatavad negatiivsed efektid 4 nädala järgselt - seda luulise struktuuri osas. 34 jalast 33 ravi oli negatiivse efektita ehk paranesid kõrvalekaldeta. Kontrollgrupp puudus.			 Väga madal ^{e,f,g,h}	KRIITILINE
----------------	-----------------	---------------------	-------	-------	--------------------------	--------	--	--	--	--	------------

Charcot' labajala paranemine, eemaldatav TCC, võrdlus erineva diagnoosi puhul (follow-up: keskmine 20 kuud)

1 ³	vaatlusuuringud	väga suur ^{i,j,k}	väike	suur ^{k,j}	suur ^{l,m}	puudub	N=35 Charcot' jala grupis (lisaks neuropaatiliste haavandite ja luumurdude grupid, kõigil TCC (eemaldatav). Täielikult paranes 37%, mittetäielikult 63% (N=22, neist 19 näitasid positiivset dünaamikat ja alajäseme naha temperatuuride erinevus vähenes oluliselt (2.74 ± 1.3 vs. 2 ± 1.3 °C; p < 0.05). 9% st 3 uuritava esinesid TCC komplikatsioonid, mis viisid ravi katkestamiseni. Võrdlusgrupid olid teise diagnoosiga patsiendid. Puudub info, millisel määral rakendati koormuspiirangut.			 Väga madal ^{h,i,j,k,l,m}	KRIITILINE
----------------	-----------------	----------------------------	-------	---------------------	---------------------	--------	--	--	--	--	------------

Charcot' labajala paranemine, spetsiaalne jalats ja kargud (koormust jalale mitteasetades) (follow-up: mediaan 48 kuud)

1 ⁴	vaatlusuuringud	suur ^{n,o}	väike	väga suur ^{n,o}	suur ^{m,p}	puudub	N= 115 pt, kokku 140 jalga. Retrospektiivne , jaanuar 1984 kuni jaanuar 1994 vahemikus. Charcot jala esinemissageduseks saadi 0,3% aastas vaadeldud diabeetikute hulgas. Rutiinne ravi hõlmas koormuse vähendamise raviskeemi: 2 kargu kasutamine ja jalakaitse, sealhulgas terapeutiline jalats jäiga talla ja jalakaare toega (Rathgeberi sandaalid). Jälgimisperioodi vältel paranes 108 pt ja 132 jalga . Tibio-talaarset fusiooni (artrodees?) vajas vastavalt 3 pt ja 4 jalga, suuri amputatsioone oli 2 . Vaatlusperioodi jooksul suri 2 pt. Suuri komplikatsioone 4% ja väiksemaid 43%. Neist omakorda 36% retsidiiv ja 37% haavand . Üks suurtest amputatsioonidest oli tingitud kipsi kasutamisest (3 patsiendil kasutati)– uuringuperioodi alguses rakendati ka seda võtet. Puudus kontrollgrupp, uuritav grupp oli heterogeenne.			 Väga madal ^{l,m,n,o,p}	KRIITILINE
----------------	-----------------	---------------------	-------	--------------------------	---------------------	--------	---	--	--	--	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	põlvēni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi	muid rõhumisjõudu vähendavaid vahendeid	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Charcot' jala paranemise aeg, TCC (täis-kontakt kips) kasutamisel osalise koormuspiiranguga

1 ¹	vaatlusuuringud	suur ^{a,b,c}	väike	suur ^{a,j}	väga suur ^a	puudub	Uuringus N=30 pt, kõigil DM diagnoos, 30% ka haavand. Võrdlusgrupp puudus. TCC kasutamine. Aeg paranemiseni 86 +- 45 päeva (min 22 - max 224) 100% uuritutest paranes (nii kliiniline kui ka radioloogiline hinnang, aga tervenemise kriteeriumid olid standardiseerimata). Osaline koormuse asetamine jalale - nõuet eiranutel circa 5 nädalat pikem paranemine (p=0.026) kui neil, kes pidasid kinni nõuetest koormuse osas. 0 staadiumis ravi alustanutel oli oluliselt lühem ravi kestvus TCCga (mediaanväärtus 75 [IQR 51–136] vs. 111.5 [72–158] päeva; P = 0.001).			 Väga madal ^{a,b,c,h,i}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-----------------------	-------	---------------------	------------------------	--------	---	--	--	--	------------

Charcot' jala paranemise aeg, TCC (mitte-eemaldatav) kasutamisel, koormuspiirang varieeruv (follow-up: keskmine 5 aastat)

1 ²	vaatlusuuringud	suur ^{a,f}	väike	väike	väga suur ^{a,p}	puudub	Prospektiivne ühe haigla jälgimisuuring 1988 kuni 2006 (47 patsiendist kaasati 27), N=27 pt (34 CNO jalga). 26-l pt-l DM. Eichenholtz I või varajane II staadiumi Charcot neuro-osteootropaatia. Keskmine aeg paranemiseni 14 nädalat (varieeruvus 4-20 nädalat). Ühel jalal olid täheldatavad negatiivsed efektid 4 nädala järgselt - seda luulise struktuuri osas. 33/34 jalga oli negatiivse efektita ehk paranesid kõrvalekaldeta. Kontrollgrupp puudus.			 Väga madal ^{a,f,g,p}	KRIITILINE
----------------	-----------------	---------------------	-------	-------	--------------------------	--------	--	--	--	--	------------

Ägeda Charcot' labajala paranemise aeg, TCC (kips) kasutamisel koos postop saapaga, koormus jalale lubatud

1 ⁵	vaatlusuuringud	väike	väike	suur ^{a,j}	väike ^a	puudub	N=27 pt, kellest 88,9%-l oli diabeet. Eichenholtz järgi 0 või 1 (modifitseeritud). Enne pöördumist oli keskmiselt 2 kuud sümptomaatika kestvuseks (IQR, 1.0 kuni 6.0). Keskmine ägeda Charcot'i jala paranemiseks kuluv aeg oli 4,3 (IQR, 2,7 kuni 7,8) kuud , üldise tüsistuste määraga 5% iga kipsi kohta. Nahakahjustus/ärritus (40,7%) ja asümmeetriline valu (22,2%) olid kõige sagedasemad TCC komplikatsioonid. Kokku koges komplikatsiooni või soovimatut efekti 59,3% osalejatest, enamik neist olid väikesed ja pöörduvad. Osteoartriit oli oluliselt seotud TCC kestusega üle 4 kuu (OR 6,00). Keskmiselt oli igal patsiendil 15 kipsi. Puudus kontrollgrupp.			 Väga madal ^{b,i,q}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-------	-------	---------------------	--------------------	--------	---	--	--	--	------------

Charcot' labajala paranemise aeg, TCC mitte-eemaldatav, koormus lubatud, varajase dgn ja ravi grupis vs hilise dgn grupis

1 ⁶	vaatlusuuringud	suur ^a	väike	suur ^e	väike ^e	puudub	N= 24 pt, neist 11 ei olnud veel luumurde, 13 oli. Sümptomite tekkimisest kuni TCC (kõndimiskips, mis oli valmistatud fiibrist, polsterdatud puuvillaga kaetud kummivahuga ja varustatud kiikpõhjaga kõndimistallaga). TCC kasutuselevõtni kulus juhtgrupil (murduteta) keskmiselt 1,0 (vahemikus 0,5–5) kuud, võrreldes kontrollgrupiga, kus vastav näitaja oli 3 (vahemikus 1–12) kuud (P > 0,05, Wilcoxi test). TCC kasutuselevõttust paranemiseni kulus juhtgrupil keskmiselt 3 (vahemikus 2–9) kuud , võrreldes kontrollgrupiga, kus vastav näitaja oli 5,5 (vahemikus 2–12) kuud (P > 0,05) . Mõlemas grupis tekkis ühel patsiendil negatiivne reaktsioon TCC-st: ühel jalal tekkis lamatis ja teine fikseeriti inversiooni asendis ebapiisava kipsi kasutuse tõttu (insufficient casting).			 Väga madal ^{a,p,q}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-------------------	-------	-------------------	--------------------	--------	--	--	--	--	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi	muid rõhumisjõudu vähendavaid vahendeid	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Charcot' jala paranemise aeg, TCC (kips), 0 staadium võrreldes 1 staadium (follow-up: mediaan 7 aastat)

1 ⁷	vaatlusuuringud	väike	väike	suure ^r	väike ^{r,f}	puudub	Skäne Ülikooli kliinikus 2006-2019 ravitud diabeediga Charcot' patsiendid. N=183 pt, kellel kokku 198 Charcot' juhtumit. Neist 74 ravitud rõhumisjõudu vähendades 0 staadiumis ja 124 olid I staadiumis ravi saamise ajaks. 0 staadiumis ravi alustanutel oli oluliselt lühem ravi kestvus TCCga (mediaanväärtus 75 [IQR 51–136] vs. 111.5 [72–158] päeva; P = 0.001). Ravi kestus paranemiseni keskmiselt 96 päeva (IQR 63–150) (n=187), paranemine kinnitatud MRI-ga M=101 päeva (IQR 62–154) (n=107)			⊕○○○ Väga madal ^{a,r,f}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-------	-------	--------------------	----------------------	--------	--	--	--	-------------------------------------	------------

Ägeda Charcot' jala paranemise aeg, TCC (eemaldatav) kasutamisel, koormuspiirang täpsustamata (follow-up: keskmine 20 kuud)

1 ³	vaatlusuuringud	suur ^{b,m}	väike	väga suur ^k	väga suur ^p	puudub	N=35 pt. meid huvitavas grupis. 3 erinevat gruppi, kõigis TCC (eemaldatav). Meid huvitavas ägeda Charcot grupis mõõdeti aega täieliku paranemiseni. Täielikult paranes 37% ja selleks kulus 5.1 ± 4 kuud. 22st mittetäielikult paranenust näitas 19 siiski positiivset dünaamikat (2.74 ± 1.3 vs. 2 ± 1.3 °C; p < 0.05), 3 negatiivset dünaamikat. Neist kahel olid paranemata neuropaatilised murrud (17% uuritavatest). 9% grupist esinesid TCC komplikatsioonid, mis viisid ravi katkestamiseni! Puudus mitte-TCC kontrollgrupp. Võrdlusrupid olid teise diagnoosiga patsiendid. Puudub info, millisel määral rakendati koormuspiirangut.			⊕○○○ Väga madal ^{b,c,k,m,p}	KRIITILINE
----------------	-----------------	---------------------	-------	------------------------	------------------------	--------	--	--	--	---	------------

Charcot' jala paranemise aeg, eemaldatav (kõndimissaabas) põlveliigeseni ulatuv vahend

1 ⁸	vaatlusuuringud	suur ^{b,o}	väike	suur ^{b,s}	väga suur ^t	puudub	N=22 pt, kõigil DM II. Eichenholtz I või II. Kasutati kõndimissaabast (Robofoot - eemaldatav). Keskmine ravi kestvus 18 nädalat. Hinnati ka AOFAS skoori enne ja pärast: paranes statistiliselt oluliselt (p<0.005) 40.54 vs 75.04. Tõiseid tüsistusi ehk infektsiooni ja haavandeid ei täheldatud. Ravi lõpetati kui kliinilised nähud, temperatuurierinevus ja radioloogiline leid olid paranemist kinnitanud. Kontrollgrupp puudus.			⊕○○○ Väga madal ^{b,k,o,p,s,t}	KRIITILINE
----------------	-----------------	---------------------	-------	---------------------	------------------------	--------	---	--	--	---	------------

Charcot' jala paranemise aeg, eemaldatav ortoos ja kargud, osaline koormus lubatud (follow-up: keskmine 3 aastat)

1 ⁹	vaatlusuuringud	suur ^{b,o,q,u}	väike	suur ^{b,o}	väga suur ^d	puudub	Ägeda CA-ga patsiendid, keda raviti 5-aastase perioodi jooksul (2000-2005) spetsialiseeritud diabeedihagla multidistsiplinaarses jalakliinikus. Selle perioodi 5500 patsiendi hulgast tuvastati otsinguga 60 ägeda CA juhtu (ICD 10 koodi M14.6), uuringusse kaasati N=56 . Keskmine jälgimisperiood 3,2 aastat. Ägeda Charcot esinemissageduseks saadi 0,02% aastas. Ägeda Charcot' jala standardravi hõlmas rõhumisjõudu vähendavat režiimi, kasutades 2 karku ja eemaldatavat ortoosi (Aircast®) , millel oli individuaalselt vormitud pehme sisetald, toetamaks jalavõlvi. Turset raviti elastse sidemega. Toas tohtis karkude ja Aircast®-iga käia ning Aircast® võis une ajaks maha võtta, välja arvatud juhul, kui CA oli pahklus või esines suur ebastabiilsus. Rõhumisjõu vähendamise ehk ravi kestus oli 141 ± 21 päeva ehk peaaegu 5 kuud. Kolmel patsiendil (5%) oli sümptomite ägenemine ja 7-l patsiendil (12%) retsidiiv, mis leidis aset 69± 16 päeva pärast koormuse taastamist. Retsidiivile eelnev raviperiood (134 ± 41 päeva) ei erinenud paranenud CA-ga patsientide omast (142 ± 24 päeva). Retsidiivi ravi kestis 78 ± 22 päeva, kokku oli rõhumisjõu vähendamise aeg neil umbes 7 kuud. Puudus kontrollgrupp, mis kasutaks teistsugust rõhumisjõudu vähendavat vahendit/režiimi.			⊕○○○ Väga madal ^{b,d,g,i,o,q,u}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-------------------------	-------	---------------------	------------------------	--------	--	--	--	---	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi	muid rõhumisjõudu vähendavaid vahendeid	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Charcot´ jala paranemise aeg, modifitseeritud osaliselt eemaldatav TCC võrreldes eemaldatava TCC-ga (põlveni ulatuvad)

1 ¹⁰	vaatlusuuringud	suuri ^{a,q}	väike	väike ^{c,i}	suur ^p	puudub	N=85 pt ja kokku 86 ravijuhtumit. Kõik diabeetikud, neist N=27 Charcot' diagnoosiga. Mitte-eemaldatav TCC uue modifikatsiooniga ehk VW-TCC. Retrospektiivne uuring, mis võrdleb tulemusi kaheklapilise eemaldatava TCC ja VW-TCC vahel kahel ajaperioodil – esimesel oli kasutusel vaid eemaldatav TCC ja teisel nii eemaldatav kui ka VW-TCC. Ravi mediaanaeg on vähenenud 267-lt 126 päevale (141 päeva ehk 52,8%), (log rank test P=0.013). Ravi keskmine kestvus (average) 315,2 päeva vs 155,8 (p=0.001). Hospitaliseerimise vajaduse osas diabeetilise jala sündroomi (DFS) tõttu ei olnud olulist erinevust (kontrollrühm: 26.9%, ravirühm: 31.1%, P = .6623), surma osas (kontrollrühm: 4.9%, ravirühm: 2.2%, P = .2542) ega amputatsioonide osas (kontrollrühm: 7.3%, ravirühm: 0.0%, P = .0647). vaata üle sekkumine				⊕○○○ Väga madal ^{c,i,p,q}	KRIITILINE
-----------------	-----------------	----------------------	-------	----------------------	-------------------	--------	---	--	--	--	---------------------------------------	------------

Amputatsioon, TCC, (follow-up: mediaan 7 aastat)

1 ⁷	vaatlusuuringud	väike	väike	suur ^{e,f}	väike ^{e,f}	puudub	Skäne Ülikooli kliinikus 2006-2019 ravitud diabeediga Charcot' patsiendid. N=183 pt, kellel kokku 198 Charcot' juhtumit. Neist 74 ravitud rõhumisjõudu vähendades O staadiumis ja 124 olid I staadiumis. Osaline amputatsioon 17 (8.6%) 0-staadium 7(9.5%) I staadium 10(8.1%) Amputatsioon ülalpoolt pahkluid (above-ankle) 15(7.6%), neist 0 staadium 5(6.8%) ja I st 10(8.1%)				⊕○○○ Väga madal ^{e,p,f}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-------	-------	---------------------	----------------------	--------	--	--	--	--	-------------------------------------	------------

Amputatsioon, spetsiaalne jalats ja kargud (koormust jalale mitteasetades) (follow-up: mediaan 48 kuud)

1 ⁴	vaatlusuuringud	suuri ^k	väike	väga suuri ^{k,o}	suur ^d	puudub	N= 115 pt, kokku 140 jalga. Retrospektiivne , jaanuar 1984 kuni jaanuar 1994 vahemikus. Rutiinne ravi hõlmas koormuse vähendamise raviskeemi: 2 kargu kasutamine ja jalakaitse, sealhulgas terapeutiline jalats jäiga talle ja jalakaare toega (Rathgeberi sandaalid). Suuri amputatsioone oli 2 . Vaatlusperioodi jooksul suri 2 pt . Üks suurtest amputatsioonidest oli tingitud kipsi kasutamisest (3 patsiendil kasutati)– uuringperioodi alguses rakendati ka seda võtet. 7 väikest amputatsiooni (varvas).				⊕○○○ Väga madal ^{k,i,k,o}	KRIITILINE
----------------	-----------------	--------------------	-------	---------------------------	-------------------	--------	---	--	--	--	---------------------------------------	------------

Jalahaavandi teke, TCC (mitte-eemaldatav), toetumine jalale lubatud (follow-up: keskmine 5 aastat)

1 ²	vaatlusuuringud	suur ^{e,g,m}	väike	väike	suur ^{g,p,r}	puudub	Prospektiivne ühe haigla jälgimisuuring 1988 kuni 2006 (47 patsiendist kaasati 27), N=27 pt (34 CNO jalga, 7 in mõlemad jalad). 26-l pt-I DM. Eichenholtz I või varajane II staadiumi Charcot neuro-osteopaatia. Kontrollgrupp puudus. Haavandid - 10 jalal , kuid ükski neist ei tekkinud ajal, mil jalad olid immobiliseeritud kaalukandvas täiskontaktse kipsiga. Kõik need tekkisid pärast seda, kui jäse oli paigutatud ortoosi, kui artropaatia oli hilises II staadiumis või kaugemal (keskmiselt 6,5 nädalat [vahemikus 6 kuni 156 nädalat] pärast ortoosi sobitamist). Haavandid asusid peamiselt kolmes piirkonnas: malleolid, jala plantaarne osa või jala dorsum.				⊕○○○ Väga madal ^{e,g,m,p,r}	KRIITILINE
----------------	-----------------	-----------------------	-------	-------	-----------------------	--------	--	--	--	--	---	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi	muid rõhumisjõudu vähendavaid vahendeid	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Jalahaavandi teke, spetsiaalne jalats ja kargud (koormust jalale mitteasetades) (follow-up: mediaan 48 kuud)

1 ⁴	vaatlusuringud	suur ^{l,k}	väike	väga suur ^{l,k}	suur ^d	puudub	N= 115 pt, kokku 140 jalga. Retrospektiivne , jaanuar 1984 kuni jaanuar 1994 vahemikus. Rutiinne ravi hõlmas koormuse vähendamise raviskeemi: 2 kargu kasutamine ja jalakaitse, sealhulgas terapeutiline jalats jäiga talla ja jalakaare toega (Rathgeberi sandaalid). Jälgimisperioodi vältel paranes 108 pt (93,9%) ja 132 jalga . Suuri komplikatsioone 4% ja väiksemaid 43%. Ravi kestel haavand 7 patsiendil (6%) . Jälgimisperiood ulatus 10 aastani, mille jooksul registreeriti ka ravijärgseid haavandeid 37 (kokku haavandeid 37% patsientidest)	 Väga madal ^{d,j,k}	KRIITILINE
----------------	----------------	---------------------	-------	--------------------------	-------------------	--------	---	--	------------

CI: confidence interval

Selgitused

- a. 30% olid jalal haavandid, meie küsimus puudutas haavanditeta haigeid
- b. jalale raskuse asetamine - koormuse oluline varieeruvus
- c. heterogeenne patsientide grupp - haavandi olemasolu, probleemi lokalisatsioon
- d. Väga väike valim, suur variatiivsus ja usaldusvahemik puudub
- e. puudus kontrollgrupp mitte-TCC osas
- f. 20 patsienti 47st jäi analüüsist kõrvale erinevatel põhjustel, mida ei tooda täpsemalt välja
- g. esialgsest patsientide hulgast jäi teatud arv välja
- h. väga väike valim, suur variatiivsus
- i. kontrollgrupp puudus
- j. valdav hulk ei olnud Charcot' diagnoosiga
- k. puudub küsimuses toodud sekkumine
- l. võrreldakse eemaldatava vahendi efektiivsust erineva diagnoosiga patsientidel
- m. infot vähe meetodika osas
- n. heterogeensus suur ajas ja patsientide osas
- o. ravisoostumuse kohta vähe infot - kui palju realselt ortoosi kanti
- p. valim väike
- q. heterogeensus patsientide osas
- r. usaldusvahemik puudub (võrdlussekkumist ei ole), võrreldakse sama sekkumise efektiivsust erineva staadiumiga patsientidel, mis ei ole kliinilise küsimuse fookus
- s. Uuringus varase staadiumi Charcot' patsiendid
- t. keskmine ravi kestvus 18 nädalat - täiendav statistika puudub
- u. Uuring viidi läbi ühes raviasutuses kasutades üht sekkumist ilma võrdlusgrupita.

Viited

- 1.Sinacore, DR. Acute Charcot arthropathy in patients with diabetes mellitus: healing times by.Journal of diabetes and its complications; 1998.
- 2.de Souza, LJ. Charcot arthropathy and immobilization in a weight-bearing total contact cast..The Journal of bone and joint surgery. American volume; 2008.
- 3.Fejfarova, V. The effect of removable total contact cast therapy on healing of patients with diabetic foot ulcers, acute Charcot osteoarthropathy and neuropathic fractures.Vnitřní Lékařství; 2005.
- 4.Fabrin, J, Larsen, K, Holstein, PE. Long-term follow-up in diabetic Charcot feet with spontaneous onset..Diabetes care; 2000.
- 5.Griffiths, DA, Kaminski, MR. Duration of total contact casting for resolution of acute Charcot foot: a.Journal of foot and ankle research; 2021.
- 6.Chantelau, E. The perils of procrastination: effects of early vs. delayed detection and.Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association; 2005.
- 7.Schoug, Johan, Katzman, Per, Fagher, Katarina, et al, . Charcot Foot Offloading in Stage 0 Is Associated With Shorter Total Contact Cast Treatment and Lower Risk of Recurrence and Reconstructive Surgery: A Pilot Study.Diabetes Care; 2023.
- 8.Parisi, MC, Godoy-Santos, AL, Ortiz, RT, et al, . Radiographic and functional results in the treatment of early stages of Charcot.Diabetic foot & ankle; 2013.
- 9.Christensen, TM, Gade-Rasmussen, B, Pedersen, LW, et al, . Duration of off-loading and recurrence rate in Charcot osteo-arthropathy treated with less restrictive regimen with removable walker.Journal of diabetes and its complications; 2012.
- 10.Hochlenert, D, Fischer, C. Ventral Windowed Total Contact Casts Safely Offload Diabetic Feet and Allow.Journal of diabetes science and technology; 2022.