

ВГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

## **ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК**

присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA –  
Всесвітній асоціації сімейної медицини

*Науково-практична конференція з міжнародною участю  
Збірник праць*

**06 – 07 червня 2019 року**

м. Київ – 2019

## АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Бобро Л.М.**

*Харківський національний медичний університет,  
кафедра загальної практики –  
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Щороку в Україні припадає 30% усіх ліжко-днів, пов'язаних з ураженням ніг нетравматичного характеру, на пацієнтів із синдромом діабетичної стопи (СДС). За даними ВООЗ, майже у 5% хворих на цукровий діабет (ЦД) виникає ураження стоп, яке проявляється СДС. Ризик ампутацій нижніх кінцівок у таких пацієнтів у 25 разів вищий, ніж у загальній популяції. Після перенесеної ампутації однієї ноги у 42% осіб протягом перших 3 років проводять ампутацію другої ноги, 56% пацієнтів потребують ампутації другої ноги протягом подальших 3–5 років.

Значну роль у патогенезі СДС, поряд з ангіо- та нейропатією, відіграє діабетична остеоартропатія (ДОАП). У переважній більшості випадків ДОАП вражає кістки й суглоби стоп. У 20–25% пацієнтів ДОАП вражає обидві стопи, але зазвичай не одночасно. Поширеність даного ускладнення серед хворих на ЦД складає менш як 1%, хоча в літературі зустрічаються дані про ураження кісткової тканини стоп у 0,1–55% хворих. Така велика розбіжність даних, ймовірно, пов'язана з відмінностями в методиці обстеження і різними критеріями діагностики ДОАП. Сучасне визначення діабетичної остеоартропатії – «деструкція кістки й суглоба неінфекційного характеру, викликана діабетичною нейропатією». Але наразі вважають, що ДОАП викликає не будь-яка форма нейропатії, а лише певні її «підвиди».

У зв'язку з цим передбачити розвиток ДОАП важко, а пізня діагностика і неадекватне лікування хворого призводить до інвалідизації.

З ДОАП зустрічаються лікарі різних спеціальностей – від ендокринологів до хірургів і ортопедів, але найважливіше завдання вчасного розпізнавання цього ускладнення та адекватної тактики ведення пацієнта лягає на сімейного лікаря.

Розповсюдженим ускладненням ДОАП є глибока виразка підошви – «mal perforans», якій передують гіперкератоз та розлади

росту нігтьових пластинок. Але патологічний процес іде «від кісток до шкіри».

Кісткова тканина внаслідок слабкого розвитку мікроциркуляторного русла гірше адаптована до умов гіпоксії та анаеробного гліколізу, що переважає при ЦД. Це обумовлює ранні зміни кісткового метаболізму у хворих на ЦД, які передують клінічним проявам ураження м'яких тканин стопи.

ДАОП приводить до анатомічного руйнування кістково-зв'язкового апарату стопи та є основою розвитку гнійно-некротичного процесу тканин стоп, втрати (повністю або частково) функціональних можливостей нижніх кінцівок, важкої інвалідації, стійкої втрати працездатності, а деколи й смерті хворих (після ампутацій вище колінного суглоба).

### **Мета роботи.**

Провести порівняльний аналіз частоти та характеру ураження кісткової тканини у хворих на СДС за даними результатів клініко-анамнестичного та інструментального обстеження.

### **Матеріали та методи.**

Обстежено 62 пацієнти із СДС на тлі ЦД 2 типу. Чоловіків було 36(58,1%), жінок 26 (41,9%). Середній вік пацієнтів становив  $56,9 \pm 1,02$  років. Стаж ЦД склав  $12,9 \pm 1,02$  років. Проводився аналіз клініко-анамнестичних даних, застосовувалось анкетування за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу (IOF), метод ультразвукової денситометрії та рентгенографії суглобів.

### **Результати та їх обговорення.**

Розподіл досліджуваних хворих залежно від клініко-патогенетичної форми СДС був такий: 14 (23%) пацієнтів мали нейропатичну форму, 18 (29%) – ішемічну і 30 (48%) пацієнтів – змішану.

Анкетування за допомогою хвилинного тесту та аналіз антропометричних даних хворих дозволили виокремити 35(56%) осіб з високим ризиком наявності остеопорозу. При цьому, за даними анамнезу, у 34(55%) пацієнтів був епізод маніфестації ДАОП у вигляді однобічного гострого набряку стопи після її незначного травмування або без нього. У 49% випадках ( $p < 0,5$ ) пацієнти зверталися до лікаря загальної практики або хірурга поліклініки. Попри наявність у пацієнта гострого набряку стопи на тлі ЦД, особливо при непошкодженій шкірі, помилково

діагностувався тромбофлебіт, лімфостаз, флегмона стопи, подагричний артрит, синдром Рейтера та ін. Маніфестація гострої стадії ДОАП не розпізнавалась, пацієнт не отримував адекватного лікування, що надалі призводило до незворотного ушкодження кісткової тканини.

При рентгенологічному дослідженні кісток стопи ознаки остеопорозу виявлені у 9(15%) обстежених від загального числа пацієнтів (переважно з нейропатичною формою СДС); у 27(43%) випадків виявлені ознаки остеолізу, наявність кісткових секвестрів, остеомієліту (переважно при ішемічній і змішаній формах СДС). Проведене обстеження пацієнтів з високим ризиком остеопорозу методом ультразвукової денситометрії виявило наявність остеопенії у 30(48%) пацієнтів, з них у 12 – остеопороз, що складало 34 % від групи високого ризику.

### **Висновки.**

На догоспітальному етапі алгоритм дій лікаря будь-якої спеціальності, до якого звернувся хворий з ЦД, повинен бути таким: наявність гострої фази ДОАП треба припускати у всіх хворих з одностороннім набряком стопи, враховуючи тривалість перебігу ЦД, вираженість діабетичної нейропатії, наявність травми або хірургічного втручання на стопі, що передували набряку. Для ранньої верифікації ДОАП треба проводити ультразвукову денситометрію. Рентгенологічне обстеження пацієнтів із цукровим діабетом є пізнім методом діагностики ураження кісткової тканини, що не дозволяє ефективно проводити профілактику остеопенії та своєчасне лікування остеопорозу. Пацієнтів з підозрою на ДОАП раціональніше направляти в спеціалізовані подіатричні відділення (центри).