

ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ

И. В. Хохлова

Волгоградский диабетологический центр

Остеоартропатия – деструкция кости и сустава неинфекционного характера, в подавляющем большинстве случаев поражает кости и суставы стоп. Встречается при сахарном диабете, лепре, серингомиелии, сифилисе (при этом у всех сходная клиническая картина). Но абсолютное количество больных сахарным диабетом не сравнимо с таковым при лепре или серингомиелии. Заболевание впервые описано в XIX веке французским неврологом Шарко, и в литературе часто встречается второе его название – стопа Шарко.

Диабетическая остеоартропатия является поздним и очень грозным осложнением, приводящим к инвалидизации и ампутациям. По данным различных авторов она встречается от 0,1 % до 98 % случаев. В реальной клинической практике мы имеем совсем другие показатели – порядка 1–5 % случаев. Вероятно, за точку отсчета 0,1 % брались типичные деформации стопы-качалки, а при 98 % – все пациенты, имевшие проблемы с суставами или признаки остеопороза.

В вопросах патогенеза тоже много споров, и основными являются две теории: нейропатическая и сосудистая. Первая, классическая, считает основным механизмом поражение нервных волокон, вторая – наличие так называемых артериовенозных шунтов и усиление внутрикостного кровотока. В итоге мы имеем локальный остеопоретический процесс с многофакторным механизмом его развития.

В клинической картине заболевания выделяют острую, подострую и хроническую стадии.

В острой стадии после незначительной травмы возникает выраженный отек стопы, повышается локальная температура (что является диагностическим критерием, инфракрасная термометрия выявляет разницу в 2 градуса и выше между пораженной и здоровой конечностями). Рентгенологическая диагностика далеко не всегда выявляет какие-либо изменения. В этот момент происходит спонтанная активизация остеокластов, появляется множество микропереломов. Такая стопа нуждается в полной разгрузке и назначении препаратов, тормозящих остеолит.

Подострая стадия начинается с уменьшения отека, а вот рентгенологически происходит фрагментация костей и выраженные деформации. Процесс может носить рецидивирующий характер с полным коллапсом свода в итоге.

Хроническая стадия – стойкие деформации стопы с изменением биомеханики шага, возникновением точек избыточного нагружения. Именно эти места наиболее опасны для образования язв, вторичного инфицирования, присоединения остеомиелита и еще большего разрушения костной ткани.

В нашем центре наблюдается 16 пациентов с диабетической остеоартропатией, время наблюдения от 4,5 лет до 6 месяцев. Стаж сахарного диабета у всех превышает 5 лет от момента выявления заболевания. Двухстороннее поражение встретилось у одной пациентки (хроническая классическая стопа-качалка справа с язвенным дефектом в зоне нагрузки, через некоторое время возникла остеоартропатия на контралатеральной стопе), у остальных было одностороннее поражение. Практически все пациенты попали под наблюдение и лечение в подостром и позднем подостром периоде, имели выраженные изменения, подтвержденные рентгенологически (в 100 % случаев), у троих пациентов проводилась магнитно-резонансная томография, дифференциальная диагностика с остеомиелитом. Уровень гликированного гемоглобина был от 6,5 % до 11 %. Степень неврологического дефицита соответствовала в одном случае – 1-й стадии и в остальных случаях 2–3-й стадиям диабетической полинейропатии, безболевыми формам.

Критической ишемии не отмечено ни в одном случае.

Предшествующие ампутации в пределах стопы на стороне поражения были у 8 пациентов.

Диабетическая нефропатия отмечалась в 9 случаях, у 12 пациентов разные стадии диабетической ретинопатии.

По локализации получилось следующее распределение:

	Голеностопный сустав	Пяточная кость	Предплюсна	Плюсна
Абс. кол-во	2	2	8	4
%	12,5 %	12,5 %	50 %	25 %

По типу сахарного диабета: I тип – 3 человека, II тип – 13 человек.

Всем пациентам были назначены бисфосфонаты (ибандроновая кислота), препараты кальция и витамина Д. Переносимость терапии была хорошая, в нескольких случаях были диспепсические явления, которые не стали поводом для отмены препаратов. И хотя в ходе лечения сохранялись изменения стоп и отмечалось уплощение свода, ни в одном случае не сформировалась самая сложная и прогностически неблагоприятная деформация в виде коллапса свода с формированием стопы-качалки. Сохранить свод – значит сохранить опорную функцию стопы.

Все пациенты были направлены на протезно-ортопедическое предприятие, но далеко не все обеспечены индивидуальной ортопедической обувью на сегодняшний день. Мы и в дальней-

шем будем проводить наблюдение и лечение данной группы пациентов. Но и на этом этапе можно сделать выводы, что процессы ремоделирования костной ткани имеют место не только в острой фазе заболевания, но продолжают и далее. Поэтому целесообразно назначение бисфосфонатов, препаратов кальция и витамина Д в подостром периоде, а также регулярное выполнение упражнений лечебной физкультуры для стоп с исключением осевой нагрузки, а изготовление индивидуальной ортопедической обуви будет являться прекрасной профилактикой образования язвенных дефектов. Компенсация же сахарного диабета, достижение индивидуальных целевых значений гликированного гемоглобина позволит значительно уменьшить риск развития поздних и грозных осложнений.

Литература

1. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot., 1999.
2. Charcot J. M. Sur quelques arthropathies qui paraissent dependre d'une lesion du cerveau ou de la moelle epiniere // Archives Physiologie Normale et Patologie. – 1868. – V. 1. – P. 161–178.
3. Frykberg R., Mendezsoon E. Management of the diabetic Charcot foot Diabetes // Metabolism research and reviews. 2000. – V. 16 (Suppl. 1). P. 59–65.
4. Дедов И. И., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р., Токмакова А. Ю. Синдром диабетической стопы. М.: Федеральный диабетологический центр МЗ РФ, 1998.
5. Bradshaw T. W. Aetiopathogenesis of the Charcot, vol. foot: an overview // Practical Diabetes International. January-February, 1998. – V. 15. – № 1. – P. 22–24.
6. Boulton A. J. M., Scarpello J. H. B., Ward J. D. Venous oxygenation in the diabetic neuropathic foot: evidence of arterial venous shunting? // Diabetologia. – 1982. – V. 22. – P. 6–8.
7. Banks A. M., McGlamry R. A. Neuroarthropathy (Charcot joints) in diabetes mellitus // Journal of American Podiatry Medical Association. – 1989. – V. 79. – P. 110.
8. Stevens M., Edmonds M., Foster A., Watkins P. Selective neuropathy and preserved vascular responses in the diabetic Charcot foot // Diabetologia. – 1992. – V. 35. – P. 148–154.
9. Petrova N., Foster A., Bates M. et al. Can Charcot osteoarthropathy be prevented? // Materials of the annual meeting of the EASD Diabetic Foot Study Group (7-9 Sept., 2001). – P. 25.

