

Спосіб лікування діабетичних остеоартропатій

Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Діабетична остеоартропатія (ДОАП) зараз є найбільш поширеною формою з усіх нейрогенних артропатій. При цьому розвиток коморбідної патології з боку суглобів залежить від інсулінової недостатності та компенсації цукрового діабету (ЦД). Розвиток ДОАП супроводжується порушенням мінералізації кісток та фосфорно-кальцієвого балансу.

Метою роботи було оцінка ефективності застосування хондропротекторів з урахуванням порушень мінерального обміну у хворих на ЦД з ознаками ДОАП.

Матеріали та методи. У ревматологічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» було обстежено 62 хворих на ЦД з ознаками ДОАП. (39 хворих на ЦД 1 типу та 23 хворих на ЦД 2 типу) з клінічними проявами ДОАП та тривалістю захворювання від 7 до 25 років у стадії субкомпенсації ($HbA1c - 7,2 \pm 0,7 \%$). Контрольна група складала 15 хворих на ЦД без ознак ДОАП. Обстеження було проведено згідно стандартним протоколам.

Результати та їх обговорення. Серед скарг хворих, найчастіше спостерігалися біль у суглобах (62 хворих), обмеження функції (44), осалгії (18). При вивченні біохімічних показників відмічено помірне підвищення рівня серомукоїду (СМ) і сіалових кислот (СК) в сироватці крові. При визначенні біоелементного балансу (кальцій і магній) сироватки вірогідної різниці між хворими на ЦД і контрольною групою не спостерігалось, але звертало увагу зниження вмісту фосфору в сироватці крові та гіперкальціурія, які були більш виражені у хворих на ЦД з тяжким перебігом захворювання.

Під час лікування хворі були рандомно розподілені на 2 групи: у комплексній терапії в першій групі ($n=32$) був застосований пероральний хондропротектор, який містить хондроїтин сульфат та глюкозамін гідрохлорид, у другій групі ($n=30$) було призначено ін'єкційний хондропротектор алфлутоп (1,0 в/суглобово через день №5, потім - в/м до 10 ін'єкцій).

Після закінчення курсу лікування в стаціонарі (12-15 днів) відзначено позитивну динаміку в обох групах хворих, що проявилось в зменшенні больового синдрому в уражених суглобах (у 14 хворих 1-ої групи, та у 24-другої), збільшенням об'єму рухів (у 11 пацієнтів 1-ої групи та у 17 - другої), зникненням осалгій (у 9 пацієнтів 1-ої та у 12- другої груп).

В біохімічних показниках сироватки крові (лужна фосфатаза, СМ та СК) відзначено незначну позитивну динаміку в обох групах. Проте при проведенні контрольного обстеження через 3 місяці була наявна вірогідна нормалізація мінерального балансу в першій та другій групах, але більш виражені зміни спостерігалися в групі хворих, яким в комплексній терапії був призначений

алфлутоп. При визначенні біоелементного балансу після закінчення лікування спостерігалось підвищення вмісту фосфору сироватки крові (до $0,93 \pm 0,06$ ммоль/л в першій групі, до $0,98 \pm 0,06$ - в другій) та зменшення гіперкальціурії (до $5,7 \pm 0,15$ ммоль/л в першій групі, до $5,15 \pm 0,2$ ммоль/л - в другій групі хворих).

Висновки. Перебіг ЦД супроводжується порушенням мінерального обміну, що призводить до уражень опорно-рухового апарату та потребує комплексної медикаментозної корекції з включенням до схем лікування хондропротекторів. При цьому більш виражений ефект спостерігається при внутрішньосуглобовому застосуванні хондропротекторів.