

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ОСТЕОАРТРОПАТІЙ

Федоров В. О., Ерахторіна Н.В.*, Ховрат Т.І.*, Ефімова О.В.*,
Зінченко А.П.*, Підлісна Я.М.*

*Харківський національний медичний університет, * - ревматологічне відділення КЗ ОЗ «ОКЛ -ЦЕМД та МК»*

Діабетичні остеоартропатії (ДО) часто супроводжують перебіг цукрового діабету (ЦД). При цьому розвиток коморбідної патології з боку суглобів залежить від інсулінової недостатності та компенсації ЦД. Розвиток ДО супроводжується порушенням мінералізації кісток і фосфорно-кальцієвого балансу.

Метою роботи було оцінка ефективності застосування хондропротекторів з урахуванням порушень мінерального обміну у хворих на цукровий діабет з ознаками діабетичної остеоартропатії.

У ревматологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні було обстежено 59 хворих на ЦД (37 хворих на ЦД 1 типу та 22 хворих на ЦД 2 типу) з клінічними проявами ДО і тривалістю захворювання від 8 до 26 років у стадії субкомпенсації (HbA1c – $7,1 \pm 0,5$ %). Контрольна група складала 15 хворих на ЦД без ознак ДОАП.

Серед скарг хворих, найчастіше спостерігалися біль у суглобах (59 хворих), обмеження функції (47), осалгії (27). При вивченні біохімічних показників відмічено помірне підвищення рівня серомукоїдів і сіалових кислот в сироватці крові. При визначенні біоелементного балансу (кальцій і магній) сироватки виросло 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 при тяжкому перебігу захворювання.

Враховуючи виявлені зміни, при лікуванні хворі були розподілені на 2 групи: у комплексній терапії в першій групі (28 пацієнтів) був застосований артрон комплекс (натрію хондроїтін сульфат, глюкозамін гідрохлорид), у другій групі (31 хворих) був призначений алфлутоп (1,0 в/суглобово ч/з день №3, 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 13 хворих 1-ої групи, та у 20-другої), збільшенням об'єму рухів (у 9 пацієнтів 1-ої групи та в 14 - другої), зникненням осалгій (у 8-ох пацієнтів 1 -ої та у 10- другої груп).

Після закінчення курсу лікування в стаціонарі в біохімічних показниках сироватки крові (ЛФ, 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 незначно більш виражені зміни спостерігалися в групі хворих, які в комплексній терапії вживали алфлутоп. При визначенні біоелементного балансу після

закінчення лікування спостерігалось підвищення вмісту фосфору сироватки крові (до $0,95 \pm 0,05$ ммоль/л, в першій групі, до $0,99 \pm 0,04$ в другій) і зменшення гіперкальційурії (до $5,5 \pm 0,1$ ммоль/л в першій групі, до $5,1 \pm 0,1$ ммоль/л в другій групі хворих).

Висновки: перебіг ЦД супроводжується порушеннями мінерального обміну, що приводить до уражень опорно-рухового апарату та потребує комплексної медикаментозної корекції з включенням до схем лікування хондропротекторів. При цьому більш виражений ефект спостерігається при застосуванні локальних хондропротекторів.