

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СОРБИЛАКТ И РЕОСОРБИЛАКТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.В. Волков, Г.И. Постернак, М.Ю. Ткачева

Государственное учреждение «Отделенческая больница станции Луганск»

Государственное предприятия «Донецкая железная дорога»

Луганский государственный медицинский университет

Резюме. Целью работы было определение эффективности инфузионно-трансфузионной терапии у больных с синдромом диабетической стопы. Обследовано 56 больных с синдромом диабетической стопы на фоне сахарного диабета 1 и 2 типа с III–IV степенью ишемии. У пациентов изучены клинико-лабораторные показатели, включая осмолярность плазмы, гемодинамические и респираторные параметры. Было выявлено, что предпочтительными растворами для лечения больных с сосудистыми осложнениями сахарного диабета являются Реосорбिलाкт и Сорбिलाкт.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, инфузионная терапия, Реосорбिलाкт, Сорбिलाкт.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ СОРБІЛАКТ ТА РЕОСОРБІЛАКТ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

О.В. Волков, Г.И. Постернак, М.Ю. Ткачева

Резюме. Метою роботи було визначення ефективності інфузійно-трансфузійної терапії у хворих з синдромом діабетичної стопи. Обстежено 56 хворих з синдрому діабетичної стопи на фоні цукрового діабету 1 і 2 типу та III–IV стадією ішемії. У хворих вивчені клініко-лабораторні показники, включаючи осмолярність плазми, гемодинамічні та респіраторні параметри. Було виявлено, що переважними розчинами в лікуванні хворих з судинними ускладненнями цукрового діабету є Реосорбілакт та Сорбілакт.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, інфузійна терапія, Реосорбілакт, Сорбілакт.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATIONS OF SORBILAKT AND REOSORBILAKT IS IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH THE SYNDROME OF DIABETIC FOOT

A. V. Volkov, G. I. Posternak, M. Yu. Tkachova

Summary. The matter of the work was testing of the efficiency of therapy tested on the patients with the syndrome of diabetic foot. There was tested 56 patients with the syndrome of diabetic foot a background of diabetes mellitus of the 1 and 2 types with the ishaemia of the III–IV stage. The clinical-laboratory parameters, hemodynamic and respiratory parameters were examined and also osmotic relations and parameters acid-base condition on a background of spent therapy. Was detected that optimal by solution in clinic of a vascular complications of diabetes mellitus are Reosorbilakt and Sorbilakt.

Key words: the syndrome of diabetic foot, transfusion therapy, Reosorbilakt, Sorbilakt.

ВВЕДЕНИЕ

За последние 10 лет распространенность сахарного диабета (СД) в Украине увеличилась в 1,5 раза [6]. Поздние осложнения СД, к которым относятся макро- и микроангиопатии, нефропатии, ретинопатии, нейропатии, синдром диабетической стопы (СДС), приводят к ранней инвалидизации, а нередко и к летальным исходам. Актуальность проблемы и социальную значимость определяют следующие факторы:

- у 25% больных СД возникают трофические нарушения в области нижних конечностей, требующие оперативного вмешательства [2];
- СДС в 20% случаев является причиной госпитализации в стационар [3];
- у больных СД риск развития гангрены нижних конечностей в 17 раз выше, чем в общей популяции [6];
- у 28% пациентов после ампутации нижних конечностей послеоперационные раны не заживают, что требует проведения реампутации [6];

- 40–55% прооперированных больных в течение последующих 1–5 лет нуждаются в проведении контрлатеральной ампутации [6];

- в течение 5 лет после ампутации около 40% больных умирает [6].

Гнойно-некротические осложнения СДС в 85% случаев являются показанием для проведения ампутации нижних конечностей [6]. Трофические поражения нижних конечностей у больных СД развиваются вследствие диабетической полинейропатии, ишемии тканей вследствие поражения периферических артерий нижних конечностей, диабетической остеартропатии [6].

Основные направления консервативной терапии больных с СДС включают следующее:

- 1) нормализация гликемии и липидного обмена,
- 2) улучшение микроциркуляции,
- 3) подавление гиперпродукции цитокинов и свободных радикалов,

4) повышение антиоксидантной активности крови,

5) стимуляция развития коллатералей [5].

Улучшение микроциркуляции достигается снижением агрегации эритроцитов и тромбоцитов, повышением пластических свойств эритроцитов, лейкоцитов, снижением адгезии эритроцитов и тромбоцитов к сосудистой стенке, снижением гематокрита и вязкости крови. Важным является подавление гиперпродукции нейтрофилов и тромбоцитов, повреждающих эндотелий и способствующих тромбообразованию, ингибирование деятельности свободных радикалов и необходимость повышения антиоксидантной активности крови [9].

Реализация всех этих направлений стала возможной благодаря появлению новых эффективных фармакологических средств, обладающих многокомпонентным действием. Заслугой отечественных ученых явилась разработка и внедрение инфузионных растворов Сорбилакт и Реосорбилакт, производимых «ЮРИЯ-ФАРМ». Фармакологические свойства этих препаратов обусловлены их составляющими: сорбитол — многоатомный спирт в гипертонической концентрации оказывает выраженное осмотическое действие, уменьшая гидратацию интерстиция и внутриклеточных секторов, которое имеет место при СД, стимулирует диурез, обладает дезагрегантным действием. Утилизация сорбитола обеспечивается превращением 80% вещества во фруктозу, повышая энергетические резервы в виде гликогена, сорбит способствует коррекции гипергликемии. Указанные эффекты корректируют клеточный энергодифицит, потенцируют репаративные процессы. Раствор лактата натрия способствует увеличению буферной емкости крови, при этом происходит нейтрализация кислых продуктов и их выведение через почки и легкие, тем самым устраняя метаболический ацидоз. В сравнение с другими реопротекторами действие Собилакта и Реосорбилакта не сопровождается повышением уровня амилазы крови, что актуально в лечебно-диагностическом плане. Немаловажным является и относительная дешевизна этих препаратов [12].

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучены результаты комплексного лечения 56 больных с СДС в возрасте от 33 до 79 лет, среди которых 20 мужчин и 36 женщин. У 20 больных клиническая картина протекала на фоне СД 2 типа, у 36 — на фоне СД 1 типа. При оценке степени ишемии конечностей все пациенты отнесены к III-IV степени согласно классификации А.В. Покровского [11]. У 32 больных были произведены органосохраняющие операции на стопе.

Больные были разделены на 2 группы по 30 и 26 человек, соответственно, которые достоверно не различались по возрасту и полу, характеру и тяжести поражений, антропометрическим данным. Пациентам первой группы в комплексе лечения проводили инфузионную терапию с включением растворов

декстранов (Реополиглюкин), в комплексную терапию больных второй группы были включены растворы Сорбилакт и Реосорбилакт в дозе 3 мл/кг/сут, которые вводились поочередно внутривенно капельно со скоростью 60–80 капель в минуту.

У всех пациентов определяли: общеклинические и биохимические показатели крови, показатели гликемии, глюкозурии, кетонурии, осмолярность и электролиты плазмы крови, острофазовые реакции. В клиническую оценку состояния пациентов входили показатели гемодинамики и газообмена, суточный диурез, длительность стационарного лечения.

Полученные показатели обрабатывали по методу вариационной статистики, вероятность определяли по критериям Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исходный уровень гликемии у больных первой группы был выше, чем во второй: $12,1 \pm 0,9$ и $10,6 \pm 0,8$ ммоль/л, соответственно. Стабилизация показателя в основной группе происходила быстрее, так на 2 сутки гликемия у этих пациентов составляла $8,2 \pm 0,4$ ммоль/л, а в контрольной — $9,8 \pm 0,6$ ммоль/л. Параллельно с этим у больных второй группы купировались явления глюкозурии и кетонурии. Индекс интоксикации, предложенный М.В. Гриневым (1989), достоверно различался у наблюдаемых пациентов с преимущественным снижением уровня у больных основной группы; также отмечалось повышение осмолярности плазмы крови, сохранение пластических свойств эритроцитов в основной группе больных. Показатели гемодинамики и газообмена у данных пациентов в короткий срок лечения приобретали тенденцию к нормализации величин; достоверных нарушений и колебаний диуреза не отмечено. Пребывание больных первой группы в стационаре составило $19 \pm 6,7$ дня, основной группы — $16 \pm 3,9$ дня.

Повторные инфузии растворов Сорбилакта и Реосорбилакта больные переносили хорошо, во время и после введения не зафиксировано постинфузионных осложнений, не выявлено побочного влияния препаратов.

ВЫВОДЫ

1. Использование в комплексном лечении синдрома диабетической стопы препаратов Сорбилакт и Реосорбилакт в сравнение с другими растворами декстранов позволяет быстро и существенно нормализовать гликемию, нивелировать глюкозурию и кетонурию.

2. Сорбилакт и Реосорбилакт положительно влияют на показатели гемодинамики, улучшают микроциркуляцию, снижают степень интоксикации.

3. Использование Сорбилакта и Реосорбилакта снижает длительность стационарного лечения, что является немаловажным фактором работы в условиях страховой медицины.

ЛИТЕРАТУРА

(в редакції)