

# **ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

***С.В. Иванов, В.П. Сухоруков, А.А. Соболев  
Кировский областной эндокринологический диспансер  
Кировская государственная медицинская академия, г. Киров***

Декомпенсированная ишемия нижних конечностей при сахарном диабете (СД) развивается в результате полисегментарной окклюзии магистральных артерий и нарушений микроциркуляции. От 50 до 70% всех выполняемых ампутаций нижних конечностей проводится у больных СД по поводу гангрены.

Цель исследования – улучшение методов консервативного лечения диабетической макроангиопатии нижних конечностей (ДМНК), направленных на улучшение кровоснабжения и оптимального функционирования ишемизированных тканей за счет включения в схему лечения инфузий реамберина (фирма «Полисан»). Реамберин в своей основе является 1,5% раствором сукцината натрия. Рядом исследований показан высокий энергопродуцирующий, анти-гипоксический и детоксицирующий эффект инфузий реамберина.

В клинической диагностике ДМНК учитывались следующие параметры: тип диабета, степень тяжести, характер течения, наличие других осложнений (полинейропатия, ретинопатия, нефропатия). Характер поражения сосудов нижних конечностей устанавливали на основании данных первичного объективного осмотра (пальпация, аускультация), контрастной артериографии, УЗ доплерографии.

Задачей данного раздела проведённого исследования являлось сравнительное изучение эффективности лечения ДМНК по традиционной схеме у 76 больных по этой же стандартной схеме, но усиленной внутривенными инфузиями реамберина у 32 больных. В обеих группах больных (контрольной и опытной) основой явилась традиционная терапия, включающая актовегин, гепарин, никотиновую кислоту, ангиопротекторы и др. Дополнительно больным опытной группы в стандартную схему включали инфузий реамберина. По длительности и тяжести заболевания, полу, возрасту, характеру поражения сосудов, наличию осложнений обе группы были полностью сопоставимы. По уровню артериальной окклюзии больных распределили на следующие группы:

- 1) окклюзия в берцовом сегменте – 83%;
- 2) окклюзия в подколенном сегменте – 9%;
- 3) окклюзия в подвздошно-бедренном сегменте – 8%.

Раствор реамберина вводили в вены локтевого сгиба капельно в объёме 400мл № 7-10 ежедневно.

Материалом исследования явились данные выполненного клинико-лабораторного сравнения обследования больных с ДМНК.

Результаты исследования. Все больные переносили инфузий реамберина хорошо. У 4-х (12,5%) больных отмечен снотворный эффект на фоне инфузий реамберина. Ночной сон улучшился у всех больных. Болевой синдром купировался на 3-5 сутки от начала инфузий реамберина у всех больных. Дистанция ходьбы до возникновения болей в нижних конечностях или перемежающей хромоты увеличилась в среднем в 2-3,5 раза уже на следующие сутки после начала лечения реамберином у 18 (56%) больных, на 3-5 сутки - у 28 больных (87,5%). Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) не изменялся на фоне лечения ни в основной, ни в контрольной группах. Ампутации не выполнялись в обеих группах.

В контрольной группе болевой синдром сохранился у 11 больных (14,5%) даже через две недели лечения, у 53 больных (69,7%) болевой синдром уменьшился на 7-10 сутки от начала лечения. Дистанция ходьбы увеличилась в среднем в 1,2-1,8 раза через 10-14 суток от начала лечения.

Включение систематических инфузий реамберина способствовало улучшению сна, настроения, эмоционального фона у больных, уменьшению и исчезновению болевого синдрома в нижних конечностях, как в покое, так и при ходьбе, физической нагрузке в более короткие сроки лечения.

## **Выводы**

1. Эффективность лечения ДМНК существенно повышается при включении в стандартное комплексное лечение инфузий реамберина.
2. Включение инфузий реамберина в комплексное лечение ДМНК улучшает кровоснабжение ишемизированных и снижает выраженность артериальной недостаточности, что приводит к уменьшению количества ампутаций.
3. Применение реамберина улучшает качество жизни больных с ДМНК как во время лечения, так и после.